

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 1

ÉTUDE
SUR LE
CANCER DU COLON TRANSVERSE
ET DE SES ANGLES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 5 novembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre BERTRAND

Interne des Hôpitaux de Lyon

Préparateur d'anatomie à la Faculté

né à LYON (Rhône) le 3 décembre 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

ÉTUDE SUR
LE CANCER DU COLON TRANSVERSE
ET DE SES ANGLES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 1

ÉTUDE
SUR LE
CANCER DU COLON TRANSVERSE
ET DE SES ANGLES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 5 novembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre BERTRAND

Interne des Hôpitaux de Lyon

Préparateur d'anatomie à la Faculté

né à LYON (Rhône) le 3 décembre 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
	TIXIER.
	BERARD.
	COMMANDEUR.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	ROLLET.
Clinique ophtalmologique	NICOLAS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEPINE (J.).
Clinique neurologique et psychiatrique.....	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des enfants.....	VILLARD.
Clinique des maladies des femmes.....	LANNOIS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ROCHET.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	NOVE-JOSSERAND.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	CLUZET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	HUGOUNENQ.
Chimie biologique et médicale.....	MOREL.
Chimie organique et Toxicologie.....	BRETIN.
Matière médicale et Botanique.....	GUIART.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	LATARJET.
Anatomie	POLICARD.
Histologie	DOYON.
Physiologie	COLLET.
Pathologie Interne	X.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	PAVIOT.
Anatomie pathologique	PATEL.
Chirurgie opératoire.....	ARLOING (F.).
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	Etienne MARTIN.
Médecine légale	COURMONT (P.).
Hygiène	FIG.
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	X.
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance.....	MM. CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

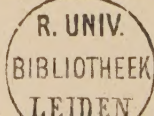
MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
GARIN.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
SAVY.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
THEVENOT (Lucien).	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
PIERY.	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président ; LATARJET, assesseur ;
PATEL et COTTE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

A MON MAÎTRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Il nous fait l'honneur de présider
notre Jury de Thèse : il a bien voulu
s'intéresser à notre travail et nous a
guidé de ses conseils. Nous le prions
de croire à notre entière gratitude et
à notre respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LATARJET

Nous travaillons depuis 4 ans dans son laboratoire où il nous a accueilli avec la plus grande bienveillance. Il a toujours été pour nous le meilleur des Maîtres. Nous lui renouvelons ici l'assurance de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

Il nous a donné l'idée de ce travail et n'a cessé de nous encourager au cours de sa rédaction. Nous le remercions de s'être toujours intéressé à nous et de vouloir bien nous compter parmi ses élèves. Nous l'assurons de notre profond dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE

Nous lui sommes reconnaissant d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse et de toutes les marques de bienveillance qu'il nous a toujours données. Nous le prions de croire à notre respectueuse affection.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

M. LE PROFESSEUR VILLARD,
M. LE PROFESSEUR PATEL,
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CHALIER,
M. LE DOCTEUR BARJON.

Internat

M. LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON
(*In memoriam*)
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE,
M. LE PROFESSEUR PATEL,
M. LE PROFESSEUR GAYET,
M. LE DOCTEUR DESGOUTTES,
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE,
M. LE PROFESSEUR TIXIER,
M. LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND.

A MES MAÎTRES A LA FACULTÉ

Laboratoire d'Anatomie

M. LE PROFESSEUR LATARJET.

Laboratoire de Chirurgie opératoire

M. LE PROFESSEUR VILLARD,
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER.

ÉTUDE SUR LE CANCER DU COLON TRANSVERSE ET DE SES ANGLES

Avant-Propos

L'allure clinique du cancer du gros intestin est essentiellement diverse. On a décrit les très nombreux aspects sous lesquels il peut se cacher et par lesquels il se révèle. On a voulu l'étudier dans son ensemble. Lardennois, dans sa thèse de 1899, de Bovis, dans un très important article de la *Revue de Chirurgie* de 1900, et plus tard, Cavaillon et Okinczyc dans leur travail inaugural ont décrit soit la symptomatologie, soit le traitement chirurgical du cancer du gros intestin. Il a semblé, cependant, qu'il valait peut-être mieux scinder cette étude et suivre le conseil de Quénu, qui, dès 1901, disait : « La thérapeutique du cancer du gros intestin ne gagne pas à être étudiée en bloc; il convient de l'étudier par segments. » Le premier, Pierre Duval, a individualisé le cancer du côlon pelvien (1902); puis notre maître, M. le Professeur Tixier, dans la thèse de Peutot, a décrit le cancer de l'angle droit. Enfin, Desmarest, en 1908, consacra sa thèse au cancer du cæcum.

Ensuite, apparut une division plus schématique du gros intestin en deux segments : le côlon droit et le côlon gauche. Jaboulay, puis Jaboulay et Cavailin, et un peu plus tard Cavaillon et Perrin, ont mis en valeur toutes les différences cliniques et thérapeutiques qui séparent le cancer de la portion droite du cancer de la portion gauche du gros intestin. Depuis, de nombreux auteurs ont adopté cette manière de voir, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique et thérapeutique.

Lardennois et Okinczyc, dans leur étude sur les hernies du gros intestin, montrent que « en fait, l'anse hépato-côlique du côlon transverse, partage le plus souvent les destinées du côlon ascendant, que, fixée de court par son méso largement accolé, elle échappe en grande partie aux déplacements abdominaux ». Pierre Descomps, Grégoire distinguent aussi le côlon droit et le côlon gauche, « substituant ainsi à la systématisation classique, une description beaucoup plus rationnelle ».

« Si l'on se base sur les données embryologiques, « la portion droite fixe du côlon transverse appar-
« tient à l'angle cœlique droit, et il faut réserver le
« nom de côlon transverse à l'anse gastro-colique
« mobile. L'angle gauche se rattache nettement au
« côlon descendant, dont il n'est, en somme, que
« l'extrémité supérieure. » (Pierre Descomps.)

Tout cela est très vrai au point de vue anatomique, mais l'est peut-être moins au point de vue clinique ou thérapeutique. Il faut, avec Okinczyc, « pousser plus loin encore l'analyse et l'étude des résultats chi-

urgicaux de l'exérèse des cancers coliques. Il convient de distraire le côlon transverse ou *côlon moyen*, des côlons droit et gauche, en un segment distinct auquel devront s'appliquer des règles particulières de technique et des indications thérapeutiques spéciales ».

Suivant les conseil que notre maître, M. le Professeur Patel, nous a donnés, nous avons essayé de décrire le cancer du côlon transverse dans son ensemble. Nous y avons adjoint l'étude du cancer des angles, mais en la séparant nettement de celle du cancer du côlon transverse et en la traitant dans des paragraphes spéciaux.

Pour cela, nous avons recherché dans la littérature toutes les observations que nous avons pu trouver et surtout celles qui comportaient des résultats éloignés. Nos maîtres des hôpitaux ont bien voulu nous confier leurs observations personnelles, la plupart inédites. Nous les remercions de toute la bienveillance qu'ils nous ont ainsi témoignée.

Nous remercions aussi MM. les Professeurs agrégés Lenormant et Pierre Descomps, M. le Docteur Pauchet, M. le Professeur agrégé Hustin (de Bruxelles), qui ont bien voulu s'intéresser à notre travail. M. le Docteur Beclère, médecin radiologiste des Hôpitaux de Paris, a eu l'amabilité de nous communiquer de très belles radiographies, qui illustrent notre thèse. Nous avons mis aussi à contribution toute la complaisance de notre ami Pierre Porcher, assistant d'électro-radiologie de l'hôpital de Vaugirard.

Notre ami, le Professeur agrégé Charles Dunet,

nous a beaucoup aidé, pour la partie histologique de notre travail. Il a bien voulu pratiquer toutes les coupes que nous lui demandions et nous a donné des conseils très utiles pour la rédaction du chapitre d'anatomie pathologique microscopique, dont tout le mérite lui revient. Nous l'assurons de notre entière reconnaissance.

M. C.-V. Louis, chef du Laboratoire photographique de la Faculté, a droit à toute notre gratitude pour son amabilité et pour la façon dont il a illustré notre thèse ; de même, notre camarade Joseph Meunier, externe des Hôpitaux de Lyon, qui a bien voulu reproduire toutes les figures qui sont dans ce travail.

Nous remercions enfin Mlle Anne de Maximovitch, externe des hôpitaux, qui a traduit pour nous de très nombreuses publications étrangères, et notre ami Georges Montel, interne des Hôpitaux de Lyon, qui nous a beaucoup aidé pour nos recherches bibliographiques.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

1. — FRÉQUENCE

Le cancer du côlon transverse et de ses angles est peut-être le moins fréquent des cancers du gros intestin. Quand on lit les statistiques publiées jusqu'à ce jour, on est frappé par la prédominance très nette du cancer du cæcum et de l'S iliaque. Dans la statistique de Tuttle, sur le cancer du tube digestif, le côlon transverse arrive presque le dernier, immédiatement avant l'appendice et l'intestin grêle. Nous avons revu toutes les statistiques parues depuis le très important article de De Bovis, c'est-à-dire depuis 25 ans. Les chiffres publiés sont intéressants à connaître; De Bovis avait, dans son mémoire, réuni tous les cas de cancer du gros intestin qu'il avait trouvés dans la littérature; depuis, divers auteurs ont publié des statistiques d'un seul service, c'est d'ailleurs ce qui en fait tout l'intérêt. On peut les utiliser puisque les obser-

vations ne risquent pas de faire double emploi. Voici ces statistiques :

DE BOVIS :

Côlon sigmoïde	115
Cæcum et côlon ascendant.....	50
Côlon transverse	43
Angle hépatique	26
Angle splénique	21
Côlon descendant	30

WALDENSTROM :

Côlon sigmoïde	19
Cæcum	27
Côlon ascendant	8
Angle hépatique	6
Côlon transverse	4
Angle splénique	6
Côlon descendant	3

PETERMANN :

Côlon sigmoïde	56
Cæcum	13
Côlon ascendant	7
Angle hépatique	12
Angle splénique	8
Côlon transverse	17
Côlon descendant	4

CLOGG :

Côlon pelvien	37
Cæcum et côlon ascendant	17
Angle splénique	10
Angle hépatique	5
Côlon transverse	3

ANSIMOFF :

Cæcum	35
Côlon sigmoïde	15
Côlon ascendant	7
Côlon transverse	7
Angle hépatique	5
Angle splénique	5
Côlon descendant	5

VUICHOUD :

Côlon pelvien	23
Cæcum	14
Côlon ascendant	6
Côlon transverse	8
Côlon descendant	2

MILLER :

Cæcum	50.
Côlon ascendant	5
Angle droit	12
Côlon transverse	7
Angle gauche	8
Côlon descendant	6
Côlon sigmoïde	40

ENGELSMANN :

Cæcum	14
Côlon sigmoïde	23
Côlon ascendant	5
Angle droit	2
Côlon transverse	4
Angle gauche	3
Côlon descendant	12

DENK :

Cæcum	11
Côlon ascendant	4
Angle droit	3
Côlon transverse	4
Angle gauche	4
Côlon descendant	1
Côlon sigmoïde	12

Si nous additionnons ces statistiques diverses, nous trouvons les chiffres suivants :

Cæcum et côlon ascendant	273
Côlon sigmoïde	240
Côlon descendant	63
Angle droit	71
Angle gauche	65
Côlon transverse	97

Donc, sur un total de 809 cas : 97 cancers du côlon transverse, 71 de l'angle droit, 65 de l'angle gauche, ce qui fait une proportion de :

11,98 % pour le côlon transverse,
8,77 % pour l'angle droit,
8,03 % pour l'angle gauche.

On voit donc que le côlon transverse et ses angles n'entrent que pour 28 % dans la proportion des cancers du gros intestin.

2. — SEXE

Nous avons pu réunir 101 observations de cancer de l'angle droit, 182 observations de cancer du côlon transverse et 145 observations de cancer de l'angle gauche.

a) *Angle droit* : 7 observations n'indiquent ni l'âge ni le sexe. Sur les 94, nous trouvons 53 *hommes* et 41 *femmes*.

b) *Angle gauche* : 11 observations n'indiquent ni l'âge ni le sexe. Sur les 134 autres, nous trouvons 71 *hommes* et 63 *femmes*.

c) *Côlon transverse* : 11 observations n'indiquent ni l'âge ni le sexe. Sur les 171 autres, nous trouvons 87 *hommes* et 84 *femmes*.

3. — AGE

a) *Angle droit* :

Entre 10 et 20 ans : 1 cas.

Entre 20 et 30 ans : 5 cas.

Entre 30 et 40 ans : 18 cas.

Entre 40 et 50 ans : 26 cas.

Entre 50 et 60 ans : 19 cas.

Entre 60 et 70 ans : 18 cas.

Entre 70 et 80 ans : 2 cas.

12 observations ne portent pas l'indication de l'âge des malades. Le plus jeune malade avait 16 ans, le plus âgé, 74 ans.

b) *Angle gauche :*

Entre 10 et 20 ans : 4 cas.

Entre 20 et 30 ans : 8 cas.

Entre 30 et 40 ans : 16 cas.

Entre 40 et 50 ans : 27 cas.

Entre 50 et 60 ans : 40 cas.

Entre 60 et 70 ans : 30 cas.

Entre 70 et 80 ans : 6 cas.

Entre 80 et 90 ans : 1 cas.

13 observations ne portent pas l'indication de l'âge du malade. Le plus jeune malade avait 10 ans, le plus âgé, 80.

c) *Côlon transverse :*

Entre 10 et 20 ans : 1 cas.

Entre 20 et 30 ans : 6 cas.

Entre 30 et 40 ans : 16 cas.

Entre 40 et 50 ans : 47 cas.

Entre 50 et 60 ans : 63 cas.

Entre 60 et 70 ans : 31 cas.

Entre 70 et 80 ans : 5 cas.

13 observations ne portent pas l'indication de l'âge du malade. Le plus jeune malade avait 13 ans, le plus âgé, 76.

Donc, le cancer du côlon transverse est rare aux âges extrêmes de la vie ; c'est exceptionnellement qu'on le voit chez de tous jeunes sujets : Mouchet et Baranger ont publié l'observation d'un cancer de l'angle gauche chez un enfant de 10 ans. L'âge moyen est entre 40 et 60 ans pour le cancer du cô-

lon transverse, entre 50 et 70 pour le cancer de l'angle gauche, entre 40 et 60 pour le cancer de l'angle droit, la plus grande fréquence étant entre 50 et 60 ans. Peut-être les hommes sont-ils atteints plus tôt que les femmes ; c'est ainsi que pour le cancer du côlon transverse, on trouve : 30 hommes de 40 à 50 ans, contre 17 femmes, et au contraire, 23 hommes de 50 à 60 ans, contre 40 femmes.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Comme l'a écrit Okinczyc, « quelle que soit la localisation du cancer sur le gros intestin, il réagit toujours de la même façon sur les tissus voisins : graisse, tissu cellulaire, ganglions. Ces réactions sont sous la dépendance de deux facteurs d'une valeur pronostique absolument différente : l'inflammation et la propagation cancéreuse ». Il n'est pas moins vrai que chaque portion du côlon présente des particularités anatomiques, des rapports spéciaux qui font que la physionomie du cancer peut changer d'allure de par son siège. C'est ainsi qu'un cancer du transverse ne réagit pas vis-à-vis du tissu cellulaire, comme un cancer du côlon descendant. L'un est situé sur une portion mobile de l'intestin, loin des espaces cellulaires sous-péritonéaux, l'autre sur une portion fixe, proche par sa face postérieure du tissu rétro-péritonéal. Aussi, croyons-nous qu'il est mieux, comme l'a dit Pierre Duval, d'examiner séparément les réac-

tions de chaque cancer côlique suivant son siège. Un cancer de l'angle droit ne présente pas les mêmes adhérences qu'un cancer du transverse, et, par là même, l'allure clinique est souvent changée. Nous étudierons donc d'abord l'anatomie pathologique du cancer du côlon transverse, puis celle du cancer de ses angles. Nous terminerons par l'étude histopathologique des diverses variétés de cancers qui se rencontrent indifféremment sur le transverse ou sur ses angles.

1. — CANCER DU COLON TRANSVERSE

a) Les réactions inflammatoires

Les réactions inflammatoires autour du cancer sont très nombreuses. Elles atteignent tous les éléments graisseux qui environnent le côlon, les organes voisins, avec lesquelles elles provoquent des adhérences plus ou moins intimes, les ganglions ; enfin, elles peuvent aboutir à la formation d'abcès périnéoplasiques.

1. — *Le tissu graisseux périnéoplasique.*

C'est un fait constant qu'autour d'un cancer du gros intestin le tissu graisseux réagisse en s'œdématisant et en augmentant de volume. Au niveau du côlon transverse, ce sont surtout les franges épiploïques et la graisse du méso-côlon qui subissent cette transformation qu'on a appelée *la lipomatose périnéoplasique*. Les franges épiploïques forment des

amas graisseux suspendus au bord de l'intestin, parfois agglomérés, constituant sur le pourtour du néoplasme une masse de tissu d'aspect jaunâtre. Il en est de même du méso-côlon, qui augmente singulièrement de volume et qui, chez des sujets gras où, normalement déjà, il paraît très épais, prend parfois des proportions considérables. La base d'insertion sur le méso-côlon s'élargit : ce n'est plus, comme l'a dit Okinczyc, « un bord mésentérique, mais une surface mésentérique ».

Mais, ce qui est encore plus remarquable au niveau du côlon transverse, c'est la réaction que subit le grand épiploon. Sur un grand nombre des observations que nous avons recueillies, il est noté au protocole opératoire que le grand épiploon infiltré est venu se coller au devant de la tumeur, grossissant celle-ci, lui adhérent et augmentant de ce fait les difficultés opératoires. Dans une observation de M. Tixier, on voit que le grand épiploon forme un magma collé au devant d'un cancer de la partie droite du transverse, unissant sous un même bloc graisseux inflammatoire le transverse et le côlon ascendant. Il en était de même dans une observation de M. Patel, où le grand épiploon infiltré ramassé sur lui-même était venu se pelotonner en entier sur un cancer du milieu du transverse. Ce fait est noté dans de très nombreuses observations. Il s'agit d'ailleurs le plus souvent de phénomènes inflammatoires simples. Ce n'est que rarement, comme nous le verrons plus loin, que le grand épiploon subit une dégénérescence cancéreuse.

2. — *Les adhérences inflammatoires.*

Le côlon transverse présente des rapports assez rapprochés avec nombre d'organes abdominaux. Dans sa partie droite, il est voisin de la vésicule biliaire et du foie; de plus, il est, à ce niveau, fixé de court, par un méso peu élevé, à la paroi abdominale postérieure; il est là en rapport avec la tête du pancréas et le duodénum. Dans sa partie moyenne et dans sa partie gauche, c'est-à-dire dans toute sa portion mobile, il est rattaché à l'estomac par le ligament gastro-côlique, et il occupe dans l'abdomen une situation antérieure qui le rapproche beaucoup de la paroi abdominale antérieure dont, seul, le grand épiploon le sépare. C'est aussi à ce niveau que les anses grêles peuvent lui adhérer, surtout la partie supérieure du jéjunum qui est fixe.

Les adhérences peuvent donc être pariétales ou viscérales.

ADHÉRENCES PARIÉTALES

a) *Avec la paroi abdominale antérieure* : Elles sont banales et souvent remarquées. Ces adhérences peuvent conduire à la résection de la paroi. Tel est le cas où M. Desgouttes fut conduit, pour un cancer du transverse adhérent à la paroi antérieure de la fosse iliaque gauche, à réséquer toute la portion de cette paroi qui ne faisait qu'un bloc avec le néoplasme. Il en fut de même dans l'observation de Parcellier.

b) *Avec la paroi abdominale postérieure* : Elles sont bien moins fréquentes et ne sont notées que dans un très petit nombre d'observations. Il s'agit

d'ailleurs le plus souvent d'adhérences avec les organes qui forment le plan postérieur de l'abdomen : pancréas, rein ; ce sont alors de véritables adhérences viscérales que nous allons étudier.

ADHÉRENCES VISCÉRALES

a) *Avec la vésicule biliaire et le foie* : les adhérences sont fréquentes. Pétermann, Anschütz ont éprouvé de réelles difficultés à libérer un cancer du transverse dans sa partie droite d'avec la vésicule. Le ligament hépato-côlique peut être infiltré et la vésicule comprise dans un bloc inflammatoire. Il en est de même des adhérences avec la face inférieure ou le bord libre du foie.

b) *Avec le duodénum* : Les adhérences sont parfois très intimes. A ce niveau, le côlon transverse n'est relié à la paroi abdominale postérieure que par un très court méso, souvent même le processus de coalescence est complet, et il n'y a pas de méso ; Lardennois et Okinczyc ont insisté sur cette disposition anatomique du côlon transverse : dans 54 % des cas, le méso est largement accolé et cela explique pourquoi les adhérences peuvent être facilement intimes avec la deuxième portion du duodénum. Cela explique aussi bien des symptômes cliniques, que nous verrons plus tard, symptômes qui font croire à une affection gastrique, alors que le côlon transverse seul est en cause ; de là viennent aussi toutes les difficultés opératoires de certains cancers de la partie droite du côlon transverse. C'est ainsi que M. Santy note dans deux observations la libération très

difficile de la face antérieure du duodénum qu'il fut obligé, dans un cas, de dénuder entièrement.

c) *Avec le pancréas* : Les adhérences sont assez fréquentes dans les cancers de la partie droite, à cause de la brièveté du méso. Nous n'avons pas trouvé dans nos observations qu'il se fût jamais agi d'adhérences telles que la tumeur comprimât les voies biliaires dans leur trajet intra-pancréatique. Mais, nous avons vu, dans des observations d'Anschütz, de Pétermann, que l'adhérence était telle qu'elle gêna beaucoup l'intervention. De plus, le pancréas est un organe qui saigne abondamment dès qu'on le touche. M. Patel eut ainsi beaucoup de difficultés à arrêter une hémorragie du pancréas au cours de l'extirpation d'un cancer de la partie droite du côlon transverse.

d) *Avec l'estomac* : Ce sont peut-être les adhérences les plus intéressantes à étudier ; on les rencontre souvent dans les cancers de la partie moyenne et de la partie gauche du transverse. Tantôt le ligament gastro-côlique est simplement infiltré, réduit dans ses dimensions, comme dans les observations de Pétermann, Woosley, Patel. Tantôt il a pour ainsi dire disparu et le cancer du transverse vient adhérer à l'estomac, au niveau de la grande courbure ou de l'antrum pylorique.

La façon dont un cancer du côlon transverse se comporte vis-à-vis du ligament gastro-colique est assez variable. Tantôt la tumeur agit sur le ligament pour l'étirer ; elle agit alors par son propre poids ; il n'y a pas de réactions inflammatoires et le cancer

du côlon transverse s'éloigne de l'estomac. Tantôt, au contraire, la tumeur est le siège d'une réaction inflammatoire intense ; elle se fixe rapidement, en infiltrant le méso et le ligament gastro-côlique. Celui-



Figure 4.

Cancer du côlon transverse adhérent à l'estomac. Pièce opératoire.
(Cliché de M. le Docteur P. GOULLIQUET.)

ci est alors, pour ainsi dire, incorporé à la tumeur, qui se rapproche ainsi de l'estomac, lui adhère (fig. 1), et parfois même provoque au niveau des tuniques gastriques une dégénérescence cancéreuse que nous étudierons plus loin.

Les adhérences simplement inflammatoires peuvent être plus ou moins fortes. Dans beaucoup de nos observations, il est noté qu'on a pu les libérer ; mais, d'autres fois, le problème était beaucoup plus complexe. Les adhérences étaient telles qu'il fallut enlever une partie de l'estomac et ainsi le pronostic opératoire était singulièrement changé : la colectomie étant doublée d'une gastrectomie partielle. Ces derniers cas sont d'ailleurs les plus rares ; sur nos 182 observations de cancer du transverse, nous n'en trouvons que 9 où les adhérences inflammatoires obligèrent les chirurgiens à pratiquer une résection partielle de l'estomac. Dans d'autres cas, que nous étudierons plus loin, il s'agit d'une véritable propagation cancéreuse à l'estomac.

e) *Avec les anses grêles* : Il s'agit du même processus que pour les adhérences avec l'estomac. Le plus souvent, elles sont libérables. Parfois, elles sont tellement intimes qu'il faut réséquer une anse grêle (Pétermann).

f) Enfin, le cancer du côlon transverse peut adhérer à beaucoup d'autres organes de la cavité abdominale. C'est ainsi qu'il peut adhérer au *côlon ascendant* (Tixier), au *côlon sigmoïde*. Cette dernière adhérence s'explique facilement par le fait de l'extrême mobilité de l'anse gastro-côlique. De plus, la tumeur, par son propre poids, tend à descendre ; elle va dans la fosse iliaque gauche et se fixe au côlon sigmoïde par des adhérences parfois telles qu'elles ont pu conduire à une colectomie très étendue.

3. — *Les abcès.*

« L'abcès n'est qu'un degré de plus dans l'inflammation du cancer : c'est l'aboutissement de l'infection étendue aux tissus péri-cancéreux » (Okinczyc). Leur fréquence n'est pas grande au niveau du côlon transverse ; nous les trouvons notés 9 fois sur 182 observations. Nous ne parlons pas des tous petits abcès qui sont dus à la suppuration isolée d'un ganglion ; nous n'envisageons que les abcès suffisamment volumineux pour créer à eux seuls une partie du tableau clinique. Ces abcès volumineux ne sont pas toujours dus à une perforation, parfois très petite, qui siège au niveau du néoplasme. Bien souvent, on incise l'abcès, il s'écoule du pus fétide, mais non fécaloïde, et ce n'est qu'au bout d'un certain laps de temps, parfois trois semaines, que se constitue une fistule stercorale. La perforation intestinale semble donc être souvent secondaire à la formation de l'abcès péri-néoplasique.

D'autres fois, mais plus rarement, comme dans l'observation de Lambret, il existe un abcès secondaire à une perforation intestinale, et, dès l'incision ou la fistulisation de l'abcès, il s'écoule des matières stercorales.

L'évolution anatomique de ces abcès est généralement localisée par des adhérences. Le plus souvent, ils ont tendance à s'ouvrir spontanément à la peau (Tuffier, Vanverts) ; parfois, mais très rarement, ils font brusquement irruption dans la grande cavité péritonéale, provoquant une péritonite généralisée et causant même la mort immédiate du malade (Radice).

4. — *Les adénopathies inflammatoires.*

C'est un fait banal, depuis que le cancer du gros intestin est mieux connu, de dire que bien souvent l'adénopathie que l'on observe est due simplement à l'inflammation. Notre maître, M. Tixier, avait déjà insisté sur ce fait à propos du cancer du cæcum. De nombreuses observations sont venues à l'appui de cette thèse. C'est là une notion qu'il faut bien connaître. Le cancer du gros intestin, cancer ulcéré, infecté, en contact permanent avec des matières très septiques, provoque facilement de grosses réactions ganglionnaires. C'est pourquoi il ne faut pas, en présence de ganglions volumineux et nombreux, conclure à l'inopérabilité d'une tumeur. C'est ainsi que M. Tavernier, opérant un cancer du côlon transverse laissa dans l'abdomen de nombreux ganglions, malgré qu'il eût pratiqué une héli-colectomie, et son malade, après 12 ans, est toujours vivant.

b) La propagation cancéreuse

1. — *Les adénopathies cancéreuses.*

a) LES COURANTS LYMPHATIQUES DU CÔLON TRANSVERSE

La circulation lymphatique du gros intestin a été précisée tout récemment par Pierre Descomps et Turnesco. C'est à leur travail que nous emprunterons la description des ganglions et des lymphatiques du segment intestinal qui nous intéresse.

Les réseaux d'origine sont disposés en deux réseaux avalvulés. L'un est profond, situé dans la cou-

che musculaire, l'autre est superficiel, sous-péritonéal. Des collecteurs valvulés naissent du réseau superficiel : les uns apparaissent sur les faces du côlon, les autres sur le bord hilaire de l'intestin. Tous ces collecteurs arrivés au bord hilaire y forment, par leurs anastomoses, une arcade continue, festonnée, un courant marginal sans discontinuité, qui longe à faible distance le pourtour inférieur du cadre cœlique. Il existe sur ces collecteurs d'origine des nodules lymphatiques, « *ganglions épi-cœliques* » de Jamieson et Dobson.

A partir du courant marginal, les vaisseaux lymphatiques et les ganglions forment dans le méso des courants de plus en plus réduits mais de plus en plus importants. Il existe une circulation lymphatique comparable à la circulation sanguine, *épanouie en éventail à la périphérie, ramassée en faisceaux à la base du méso.*

Sur le réseau lymphatique en éventail, il y a *trois étages de ganglions* : un étage de ganglions périphériques, un étage de ganglions intermédiaires, un étage de ganglions centraux. Il existe, à la base de l'éventail, *un confluent primaire* qui, pour le côlon transverse, est situé *au devant de la tête du pancréas*. Ce confluent primaire est constitué par les courants lymphatiques de l'angle droit et du côlon transverse, jusqu'à l'angle splénique exclusivement (fig. II).

Le courant lymphatique du côlon transverse prend naissance le long de l'arcade de Riolan. Il se dirige de gauche à droite, franchit la ligne médiane et arrive ainsi dans la moitié droite du méso-côlon. Les

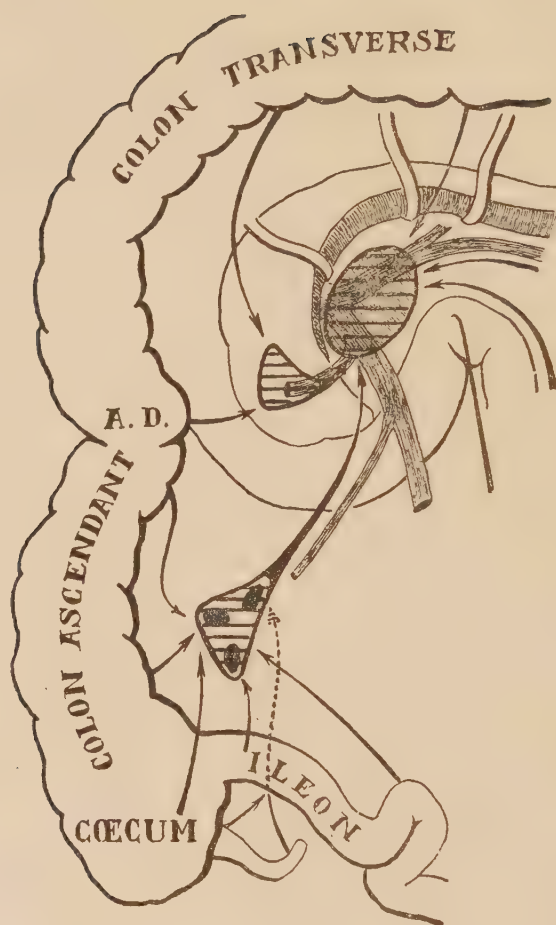


Figure 2.

Les lymphatiques du côlon transverse (quart gauche excepté)
et de l'angle droit. (d'après DESCOMPS et TURNESCO).

vaisseaux se disposent en une série d'arcades superposées. C'est dans l'aire triangulaire limitée par les branches externes de ces arcades que les canaux lymphatiques se réduisent progressivement. A me-

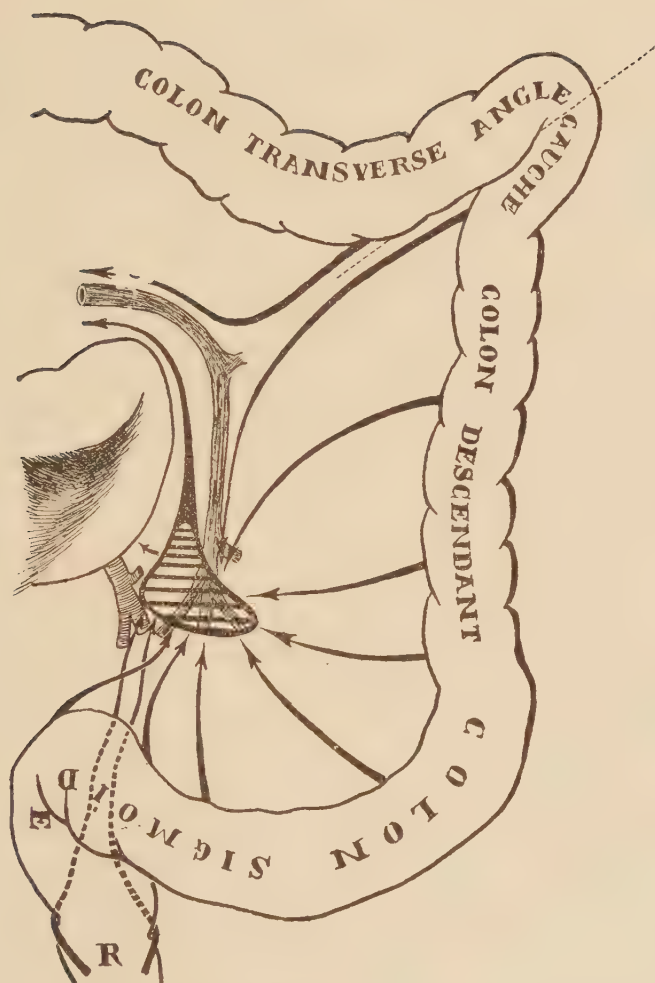


Figure 3.

Les lymphatiques de la partie gauche du côlon transverse
et de l'angle gauche (d'après DESCOMPS et TURNESCO).

sure que le courant descend, il se rapproche de la
racine du méso-côlon et par conséquent du courant
de l'angle droit qui longe cette racine.

La lymphe du dernier quart du côlon transverse n'est pas drainée par ce pédicule que nous venons de décrire. Elle emprunte la voie suivie par la lymphe de la partie proximale de l'angle gauche qui gagne directement le grand confluent portal commun, sans passer par le confluent pré-pancréatique.

A côté de ces voies principales, il existe des canaux abérants qui, détachés du tiers moyen de l'arcade marginale, se dirigeant en arrière, croisent en écharpe la zone avasculaire du méso-côlon transverse et, au niveau du segment linéaire de l'insertion pariétale de celui-ci, disparaissent derrière le corps du pancréas, se jetant directement dans *le grand confluent portal commun*.

Descomps et Turnesco nient l'existence de la voie anastomotique décrite par Poirier et Cunéo entre le système lymphatique du côlon transverse et les lymphatiques du bord inférieur de l'estomac, par l'intermédiaire des lymphatiques du grand épiploon.

Le confluent lymphatique du côlon transverse se présente sous la forme *d'un réseau de forme triangulaire situé au devant de la tête du pancréas*. Il se projette à droite de la veine grande mésentérique, au devant de la veine gastro-côlique, dans l'angle de la deuxième et de la troisième portion du duodénum. Il est ainsi en rapport variable avec les deux étages sus et sous-méso-côliques, selon la variation des accolements péritonéaux à ce niveau. Les ganglions qu'on y trouve sont au nombre de 3 à 5.

Les voies efférentes de ce confluent sont constituées par quelques troncs très courts, qui se dirigent

en haut et à gauche de la ligne médiane. Il s'y adjoint les troncs gastro-épiploïques et duodéno-pancréatiques, de sorte qu'il se forme à ce niveau un gros *courant gastro-côlique*, qui disparaît sous l'angle de la tête et du corps du pancréas, pour rejoindre derrière le corps du pancréas le *grand confluent portal commun*.

Ce grand confluent portal commun est profondément situé, derrière le corps du pancréas, entre lui et le plan veineux rétro-pancréatique. Il empiète aussi bien sur le tronc porte que sur ses branches d'origine, mais sa plus grande partie se projette dans le sinus de l'angle formé par la réunion de celles-ci.

Quant aux lymphatiques du quart gauche du côlon transverse, nous avons vu plus haut qu'ils suivent la même voie que ceux de la partie proximale de l'angle gauche. Ils longent le bord supérieur des vaisseaux cœliques supérieurs gauches. Ils arrivent au niveau de l'abouchement de la veine petite mésentérique ; ils poursuivent leur trajet en dedans, se glissent le long du bord supérieur de la petite mésentérique, vers la terminaison portale, et atteignent ainsi le grand confluent portal commun dans lequel ils se perdent.

En résumé, les lymphatiques du côlon transverse, le quart gauche excepté, se rendent à un confluent situé au devant de la tête du pancréas. De ce confluent partent des vaisseaux efférents qui vont, en arrière du corps du pancréas, se jeter dans le grand confluent portal commun.

Les lymphatiques du quart gauche du côlon trans-

verse vont directement au confluent portal commun et peut-être est-ce dans ce fait qu'il faut chercher la raison de la plus grande gravité des cancers du segment gauche du côlon transverse. « C'est un segment mal défendu, qui va directement infecter le confluent portal commun » (Descomps).

b) LES ADÉNOPATHIES CANCÉREUSES

Elles ont été très bien étudiées par Clogg ; cet auteur a noté que sur 45 observations, il y avait 31 fois métastase cancéreuse aux ganglions. Cette seule étude suffit à inciter à une exérèse aussi large que possible, dès qu'on trouve des ganglions. Il existe d'ailleurs, comme nous l'avons vu au paragraphe précédent, un groupe supérieur de ganglions situés à la périphérie du système lymphatique. *Ce groupe de ganglions jouerait un rôle d'interrupteurs* et servirait de relai assez prolongé à la propagation cancéreuse.

Parmi les observations que nous avons réunies, il en est trop peu qui comportent des examens méthodiques et surtout histologiques des ganglions. Nous ne pouvons pas en tenir compte.

Il est certain que, d'après leur siège anatomique, les ganglions du côlon transverse ne sont pas d'un abord facile et nous ne croyons pas que leur exérèse ait été souvent tentée. Nous n'avons trouvé que l'observation de Basset, relatée par Pierre Duval, à la Société de Chirurgie de Paris. Basset incisa le péritoine postérieur, sur le bord gauche de l'angle duodéno-jéjunal, et il put ainsi aborder le confluent por-

tal commun, mais il dut se contenter de cette simple incision exploratrice, les ganglions formant un bloc tel qu'il était impossible de l'enlever.

D'autre part, comme l'a fait remarquer Pierre Duval, l'adénopathie cancéreuse ne se limite pas aux seuls lymphatiques du côlon transverse. Si même l'anastomose décrite par Poirier et Cunéo, entre le système du côlon transverse et celui de l'estomac, par l'intermédiaire du grand épiploon, n'existe pas, il n'en est pas moins vrai que bien souvent l'adhérence du grand épiploon au côlon rend l'envahissement de ses lymphatiques très fréquent, sinon constant, et cela conduit à enlever les ganglions gastro-épiploïques sur toute la largeur du segment colique réséqué, ce qui ne peut se faire que par la résection en bloc du ligament gastro-côlique et la double section de l'arcade artérielle sous-gastrique (Pierre Duval, Pauchet). Il faut donc, non seulement explorer le territoire ganglionnaire propre du côlon transverse dans le méso-côlon et au devant de la tête du pancréas, mais encore vérifier les ganglions de la chaîne gastro-épiploïque et être très large dans la résection du grand épiploon.

La présence d'adénopathie cancéreuse au niveau du méso-côlon crée souvent un état particulier du méso, qui perd toute sa mobilité. Il est infiltré, semble presque replié sur lui-même; il acquiert ainsi une véritable fixité pathologique, qui immobilise tout un segment du côlon transverse.

2. — *Les adhérences néoplasiques.*

Moins fréquentes que les adhérences inflammatoires, les adhérences néoplasiques ne sont pas moins à redouter. Elles se font au niveau de tous les organes de la cavité abdominale ou au niveau de la paroi abdominale antérieure : adhérences au pancréas, rendant toute extirpation du cancer impossible ; adhérences aux anses grêles pouvant obliger à la résection de toute une anse iléale ; adhérences à la vésicule impossibles à libérer et nécessitant une cholécystectomie (Morton) ; adhérences à l'ombilic conduisant à l'omphalectomie (Barker).

Les plus intéressantes de ces adhérences sont celles qui, se faisant avec un viscère voisin, constituent une véritable propagation du cancer : c'est ainsi qu'un gros cancer du côlon transverse a pu, à travers le méso-côlon, aller au cæcum, où il a formé un ulcus carcinomateux (Pétermann). Bonney a relaté un cas où un cancer du transverse adhérent au côlon sigmoïde s'était perforé dans ce dernier, créant ainsi une fistule côlo-côlique et obligeant de pratiquer une colectomie très étendue.

Quant aux adhérences avec l'estomac, elles sont très importantes à un triple point de vue anatomo-pathologique, clinique et thérapeutique. Généralement, l'estomac et le côlon transverse ne forment qu'un seul bloc cancéreux, qu'il faut réséquer en masse (Goullioud, Patel, Perrin). Il est rare toutefois que les deux cavités gastrique et côlique communiquent, créant ainsi la *fistule gastro-côlique*, bien étudiée par Bouveret dans la thèse de Bec, par Chavannaz,

Pratt, Cividali. Cette fistule est le plus souvent unique ; parfois, il s'agit d'un trajet à plusieurs branches, avec, d'un côté, un seul orifice : le côté gastrique en général et deux orifices dans le côlon transverse. Ou bien, le côlon et l'estomac sont immédiatement adhérents sur une plus grande étendue, et le trajet très court n'est qu'une sorte de bouche mettant directement en communication les deux viscères. Il est d'autres cas où il existe un trajet plus ou moins long et sinueux, avec des végétations qui l'obstruent partiellement et transitoirement. Dans presque tous les cas, la fistule est au centre d'une tumeur assez volumineuse. La communication entre l'estomac et le côlon transverse peut exister à travers un trajet long et sinueux, creusé dans l'épaisseur de la graisse néoplasique souvent interposée entre les deux viscères. Quoiqu'il en soit, qu'il s'agisse de fistules gastro-côliques ou simplement d'adhérences entre l'estomac et le côlon, sans communication entre les deux viscères, ces organes forment un même bloc et il est très difficile de savoir quel est le point de départ du cancer : côlon ou estomac, même après l'ouverture de la cavité, quand il y a fistule gastro-côlique.

Nous n'avons trouvé qu'une observation de *fistule jéjuno-côlique* (Timbal et Belloc). La fistule faisait communiquer le côlon transverse avec la première anse jéjunale, tout près de l'angle duodéno-jéjunal.

c) Les perforations en amont de la tumeur

Elles sont rares dans les cas de cancer du côlon transverse. Leur maximum de fréquence est, pour les cancers du côlon gauche : angle gauche et côlon pelvien. Nous n'en avons trouvé qu'une observation de Weiss et une très ancienne de Gogué (1844).

d) Les métastases

Elles sont signalées dans 8 seulement de nos observations, ce qui ne veut pas dire qu'elles soient aussi rares que cela, puisque, malheureusement, toutes les observations ne sont pas complètes. Nous les avons trouvées surtout fréquentes *au foie*, donnant une allure clinique de cancer du foie (Desqueyroux), ou même de cirrhose (Pallasse et Lesbroc). On les voit aussi *aux poumons, au cerveau, à la colonne vertébrale*.

e) Les tumeurs multiples

Ce sont des raretés. Denk a publié une observation de cancer du côlon transverse et de cancer du côlon ascendant, séparés par un intervalle de muqueuse saine. Tuffier, dans la thèse de Ducatte, a relaté une observation de cancer du côlon transverse et de cancer du côlon descendant.

f) Invagination

L'invagination est une complication exceptionnelle du cancer du côlon. Nous en avons trouvé un cas de Back et Edwards, où un cancer de la partie moyenne du côlon transverse s'était invaginé dans le côlon descendant.

2. — CANCER DE L'ANGLE DROIT

a) Les réactions inflammatoires

1. — *Les adhérences*

Elles sont les mêmes qu'au niveau du côlon transverse. Elles sont fréquentes *au niveau de la vésicule biliaire* (Asshurst, Jaboulay, Morton), soit au niveau du corps, soit au niveau du fond; *au niveau du foie*. M. Tixier a insisté, dans la thèse de Peutot, sur les adhérences du cancer de l'angle droit *au niveau de la deuxième portion du duodénum*. M. Santy, dans deux observations, a remarqué la difficulté de libérer la face antérieure de cette deuxième portion.

De par son siège anatomique, un cancer de l'angle droit, profondément situé et accolé à la paroi postérieure, peut adhérer à cette paroi (Burke, Desgouttes, Pétermann), *au pancréas* (Tixier), *au pédicule rénal*, *à la veine cave inférieure*. Prolabé, dans le cas de côlon droit mobile, il peut, comme dans l'observation de Pozzi et Bender, venir adhérer aux annexes droites.

2. — *Les abcès*

Classiquement, les abcès sont plus fréquents au niveau de la partie droite du côlon qu'au niveau de la partie gauche. Nous avons trouvé une observation de Gangolphe, publiée dans la thèse de Viallet, et une observation de Jean-Louis Faure.

3. — *Les adénopathies inflammatoires*

Elles sont extrêmement fréquentes et elles revêtent, au niveau de l'angle droit, comme d'ailleurs au niveau de toute la partie droite du côlon, cette particularité, sur laquelle Lecène a beaucoup insisté, d'être fréquemment *suppurées*.

b) La propagation cancéreuse

1. — *Le courant lymphatique de l'angle droit.*

Partis de l'angle droit, les lymphatiques se concentrent rapidement, en formant 6 à 8 troncs relativement volumineux. Cette concentration se fait au niveau de l'arcade vasculaire, qui borde l'intestin. Ce collecteur lymphatique marginal se met en contact, à ses deux extrémités, avec les collecteurs du segment le plus élevé du côlon ascendant d'une part, et avec ceux du segment d'origine du côlon transverse d'autre part. Les collecteurs de cette anastomose latéro-côlique subissent un peu plus loin, au niveau de la deuxième arcade vasculaire, une nouvelle réduction en éventail et les gros collecteurs qui en résultent, au nombre de 3 ou 4, se dirigent

horizontalement en dedans, croisant la deuxième portion du duodénum. Le courant de l'angle droit compris entre les deux lames de la racine horizontale du méso-côlon transverse, arrive ainsi sur *la face antérieure de la tête du pancréas* (fig. II). Les ganglions situés sur ce trajet sont relativement nombreux ; comme au niveau de tous les segments fixes du gros intestin, il y a un seul échelon de ganglions.

Du confluent situé sur la face antérieure du pancréas, confluent commun aux lymphatiques de l'angle droit et du côlon transverse, les lymphatiques efférents vont *au confluent portal commun*, derrière le corps du pancréas.

2. — *Les adénopathies cancéreuses.*

Les adénopathies cancéreuses de l'angle droit ne présentent aucun caractère particulier ; il faut simplement noter le fait très important de la communication des lymphatiques de l'angle droit au niveau de l'arcade marginale avec les lymphatiques du côlon transverse. On doit donc, pour un cancer de l'angle droit, pratiquer une exérèse étendue allant jusqu'à la partie moyenne du côlon transverse.

3. — *Les adhérences néoplasiques.*

Elles sont banales : adhérences à la face antérieure du rein droit, au duodénum, envahissement secondaire du foie par le cancer (Lévy et Roux-Berger), propagation à la vésicule (Asshurst), envahissement du canal thoracique (Engelsmann), adhérences aux anses grêles (Engelsmann).

c) Les perforations en amont de la tumeur

Elles sont rares dans les cancers de l'angle droit. Laquierre a publié une belle observation d'éclatement du cæcum, au cours d'un cancer en ficelle de l'angle droit. Lévy et Roux-Berger ont vu une perforation sur un cæcum très distendu. Okinczyc et Combier ont publié une observation où il n'y avait pas de perforation, mais une dilatation énorme de tout le cæcum ; l'intestin grêle, de plus, était dilaté dans sa totalité, par insuffisance de la valvule iléo-cæcale.

d) Les métastases

Elles sont peut-être plus fréquentes que pour le cancer du côlon transverse ; du moins, les avons-nous trouvé notées plus souvent dans les observations que nous avons recueillies. On les rencontre surtout au foie (Anschütz, Jaboulay, Pétermann), puis à la colonne vertébrale (Anschütz), au cerveau (Engelsmann), au thymus (Engelsmann), aux poumons.

3. — CANCER DE L'ANGLE GAUCHE

a) Les réactions inflammatoires

1. — *Les adhérences.*

Plus profondément situé que l'angle droit, plus haut placé que lui dans la cavité abdominale, l'angle gauche présente des adhérences particulières quand il est atteint de cancer. Les plus fréquentes sont à la

paroi abdominale postérieure, contre laquelle il est appliqué : rein gauche, pédicule rénal, queue du pancréas (Bilton Pollard, Rotter). Le cancer de l'angle gauche adhère aussi souvent à la rate (Anschütz, Viannay), au diaphragme (Viannay), et enfin à la grosse tubérosité de l'estomac.

2. — *Les abcès.*

Ils sont fréquents dans l'évolution du cancer de l'angle gauche. Sur 145 observations, nous trouvons 11 fois des abcès qui prennent souvent un caractère particulier. De par la situation de l'angle gauche, ces abcès peuvent évoluer dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal (Moskowitz), se faire jour dans la région lombaire (Gangolphe, Pauchet), ou bien au contraire évoluer en avant et en haut et prendre les caractères d'une collection sous-diaphragmatique (Hartwell), et siéger dans la petite loge qui existe entre la rate, le côlon et le rein gauche (Hutchinson).

b) La propagation cancéreuse

1. — *Le courant lymphatique de l'angle gauche.*

Il s'ordonne en deux groupes de collecteurs et encadre les vaisseaux cœliques supérieurs gauches (fig. III).

Les collecteurs issus du segment proximal de l'angle (celui qui est en amont du plan de la flexure) et qui drainent aussi le quart gauche du côlon transverse se dirigent en dedans, en suivant le bord supérieur des vaisseaux cœliques gauches supérieurs.

Arrivés au niveau de l'abouchement de la veine cœlique gauche supérieure dans la veine petite mésentérique, ils poursuivent leur trajet en dedans et glissent le long du bord supérieur de la petite mésentérique vers sa terminaison portale. Ils atteignent eux-mêmes le *grand confluent portal commun* dans lequel ils se perdent.

Les collecteurs issus du segment distal de l'angle (celui qui est en aval du plan de la flexure) suivent le bord inférieur des vaisseaux cœliques gauches supérieurs. Mais, arrivés au niveau du tronc de la petite mésentérique, au lieu de descendre vers sa terminaison, ils remontent vers son origine et arrivent au *confluent sigmoïdien*.

Ce confluent sigmoïdien est situé dans la fosse iliaque gauche, au-dessus du sommet du méso-côlon iléo-pelvien, sur le trajet de la veine petite mésentérique, à peu près à la hauteur de l'abouchement des veines sigmoïdiennes.

Les vaisseaux efférents de ce confluent sigmoïdien montent en dedans de la petite veine mésentérique; ils longent la quatrième portion du duodénum, surcroisent le pédicule rénal gauche, contournent l'angle duodéno-jéjunal et, rejoints par les troncs venus du segment proximal de l'angle splénique, vont se jeter dans le *grand confluent portal*.

D'autres vaisseaux efférents accessoires se dirigent en dedans, franchissent la ligne médiane et se mettent en contact avec les ganglions paracaves droits et gauches, réalisant une *voie anastomotique porto-cave très importante*, la seule que Descomps et Turnesco aient trouvée.

2. — *Les adénopathies cancéreuses.*

Elles sont banales ; il faudra les rechercher non seulement dans le méso-côlon, mais encore plus bas, vers le confluent sigmoïdien, et s'assurer qu'il n'existe pas de masses ganglionnaires importantes vers le confluent portal commun, en arrière du corps du pancréas.

3. — *Les adhérences cancéreuses.*

Elles ont été parfois si intenses avec le *diaphragme* que Viannay dut réséquer une partie de muscle. Rotter fut obligé de pratiquer une splénectomie pour une adhérence trop intime avec la *rate*. Le même auteur tenta l'extirpation en un seul bloc de l'angle gauche, de la rate et de la *queue du pancréas*, qui formaient un seul bloc cancéreux. Nous signalerons aussi les adhérences avec le *rein gauche*, et l'observation de Bilton Pollard, où, dans une même séance opératoire, on pratiqua une néphrectomie, une colectomie et où l'on enleva la queue du pancréas, observation d'autant plus intéressante que le malade était encore en vie 4 ans après. Denk a publié une observation de cancer de l'angle gauche propagé à l'estomac, avec *fistule gastro-côlique*.

c) Les perforations en amont de la tumeur

Elles sont très fréquentes, puisque, sur 145 observations, nous les avons trouvées notées 10 fois. Il s'agit de perforation au niveau du cæcum (Anschütz,

Hartwell), ou même au niveau de la dernière anse iléale (Bristowe).

d) Les métastases

Elles sont les mêmes que pour l'angle droit et le côlon transverse, avec toujours le maximum de fréquence au niveau du foie. Rotter a publié une observation de thrombose de la veine iliaque gauche.

e) Tumeurs multiples

Madelung relate un cas de cancer de l'angle gauche et du côlon ascendant ; Waldeström, un cas de cancer de l'angle gauche et de cancer ampullaire du rectum.

ÉTUDE MACROSCOPIQUE

Il est classique de décrire, au niveau du gros intestin, deux formes macroscopiques de cancer: *le cancer squirrheux annulaire*, en ficelle, et *le cancer encéphaloïde*. L'une et l'autre de ces deux formes se rencontrent sur le côlon transverse et sur ses angles. La forme encéphaloïde est beaucoup plus rare que la forme annulaire; elle se voit surtout au niveau de l'angle droit (planche II), très rarement sur le côlon transverse ou sur l'angle gauche. La forme annulaire, très fréquente, se rencontre indifféremment à l'angle

PLANCHE I



Cancer de la partie droite du colon transverse.
Pièce d'hémi-colectomie. Professeur TIXIER.

PLANCHE II



Fig. 1

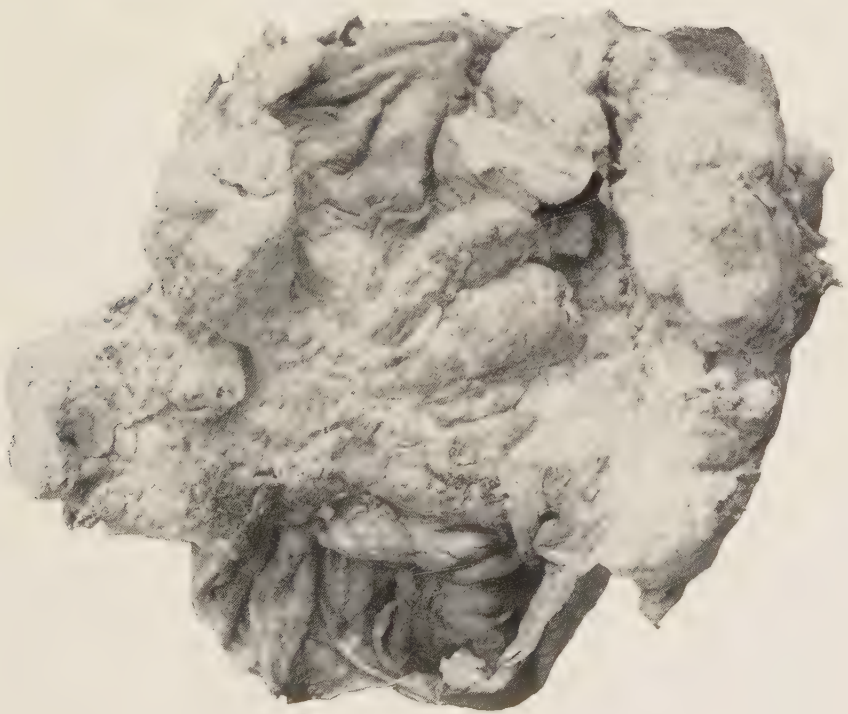


Fig. 2

Fig. 1. — Cancer de la partie droite du colon transverse.
Pièce d'hémi-colectomie (Professeur PATEL).

Fig. 2. — Cancer de l'angle droit.
Pièce prélevée à l'autopsie (Docteur DESGOUTTES).

droit, au niveau du côlon transverse et à l'angle gauche (planches I et II).

Nous ne voulons pas insister sur l'état des tuniques intestinales ; les lésions sont les mêmes que partout ailleurs au niveau du gros intestin.

La *muqueuse*, ulcérée, présente des bourgeons néoplasiques, friables et saignants. Ces ulcérations sont intéressantes, parce que ce sont elles qui sont à l'origine des perforations. La muqueuse est encore altérée en amont du néoplasme ; elle y est même souvent ulcérée et cela explique les perforations à distance que l'on voit au niveau du cæcum pour un cancer de l'angle gauche, **par exemple.**

La *musculeuse disparaît au niveau du cancer.* M. Patel a décrit ces lésions au niveau du segment sus-jacent à la sténose : l'hypertrophie musculaire vraie est rare dans une sténose extra-pariétale, alors que, au contraire, elle est fréquente, dans une sténose qui intéresse les parois mêmes de l'intestin. En aval de la tumeur, la musculature est généralement normale, mais elle peut présenter un épaississement qui est inflammatoire.

La *séreuse* présente ce fait intéressant qu'elle n'a plus son aspect lisse et brillant. Elle est rouge, elle est œdématiée, et cet œdème de la séreuse remonte toujours très loin en amont du néoplasme. Cet état fait que les sutures intestinales sont toujours précaires, quand on veut faire une anastomose colocolique.

HISTO-PATHOLOGIE

Quand on lit les descriptions concernant l'histopathologie des tumeurs de l'intestin, on constate qu'on a accumulé les variétés et qu'on a distingué un nombre trop considérable de formes histologiques.

C'est parce qu'on s'est basé uniquement sur les aspects morphologiques, sans tenir compte de la physiologie des cellules, qu'on est arrivé à cet abus. Il existe, dans l'intestin, deux variétés de cellules :

a) *Des cellules de revêtement*, qui ont une fonction d'absorption ;

b) *Des cellules glandulaires* qui, elles, président à la sécrétion du mucus et des ferments intestinaux.

Il est impossible, à l'heure actuelle, de préciser d'une façon absolue, aux dépens de quelle variété cellulaire naissent les tumeurs malignes. Le fait n'a d'ailleurs pas un intérêt primordial, car, en définitive, l'une et l'autre de ces variétés dérivent de l'entoderme intestinal primitif, donc d'une souche commune. Le seul fait qui importe dans l'étude histopathologique des tumeurs de l'intestin, est le suivant : certaines cellules conservent d'une façon plus ou moins parfaite leurs aptitudes fonctionnelles et conservent un type cellulaire presque normal ou plus ou moins voisin de la normale ; ce sont des cellules qui gardent leur type cylindrique plus ou moins différencié et, à cette variété, s'oppose au contraire une variété tumorale constituée par des éléments abso-

lument indifférenciés, ne conservant ni la forme ni les fonctions de la cellule intestinale dont elles dérivent : ce sont des tumeurs tout à fait atypiques, qui ne rappellent en rien le tissu dont elles sont nées.

Nous distinguerons donc deux formes principales d'épithéliomas intestinaux :

- L'épithélioma à cellules cylindriques ;
- L'épithélioma atypique.

1. — Epithélioma cylindrique

(*Synonymes* : épithélioma typique ou métatypique, adéno-carcinome.)

a) *Caractéristiques générales.*

Les cellules gardent, d'une façon plus ou moins parfaite, l'aspect des cellules intestinales, soit de revêtement, soit glandulaires. Elles sont plus hautes que larges, s'accolant par leur paroi latérale ; leur volume est, en général, supérieur à celui d'une cellule normale. Leur protoplasma est homogène, ordinairement basophile. Certaines d'entre elles présentent, au niveau de leur extrémité apicale, un calice contenant une gouttelette mucoïde, se colorant électivement par le muci-carmin. Le noyau est ovalaire, volumineux, prenant très violemment les colorants. Il est fréquent de le voir se diviser par mitose pluri-polaire.

b) *Variétés histologiques.*

Les éléments néoplasiques peuvent s'ordonner de façon différente :

1° S'ils sont constitués surtout par des cellules de revêtement, à sécrétion inexistante, ils s'organisent en amas plus ou moins villeux, *d'aspect papillomateux* (variété extrêmement rare).

2° Si, au contraire, et c'est de beaucoup le cas le plus fréquent, ils sont constitués par des cellules mucipares, le produit de sécrétion, en refoulant les cellules qui lui donnent naissance, fera organiser ces dernières en tubes glandulaires plus ou moins parfaits, qui rappellent le tissu intestinal primitif. Le produit de sécrétion est très raréfié, les éléments épithéliomateux restent presque au contact les uns des autres, dessinant des tubes à lumière étroite : c'est *l'épithélioma tubuleux*.

3° Si la sécrétion est exagérée, les cavités qui lui donnent asile se dilatent, s'élargissent, donnant naissance à des pseudo-glandes irrégulières, qui offrent à la coupe l'aspect de véritables acini glandulaires : c'est *l'épithélioma acineux*.

4° A un degré de plus, si la polarité cellulaire a complètement disparu, la sécrétion mucoïde s'échappe par tout la périphérie de la cellule et repousse excentriquement tous les éléments voisins, qui, dès lors, vont baigner dans cette sécrétion, à laquelle on a donné à tort le nom de « sécrétion colloïde » : c'est *l'épithélioma colloïde*.

La plupart du temps, la tumeur est constituée par la prédominance d'une des variétés précédentes.



Fig. 1

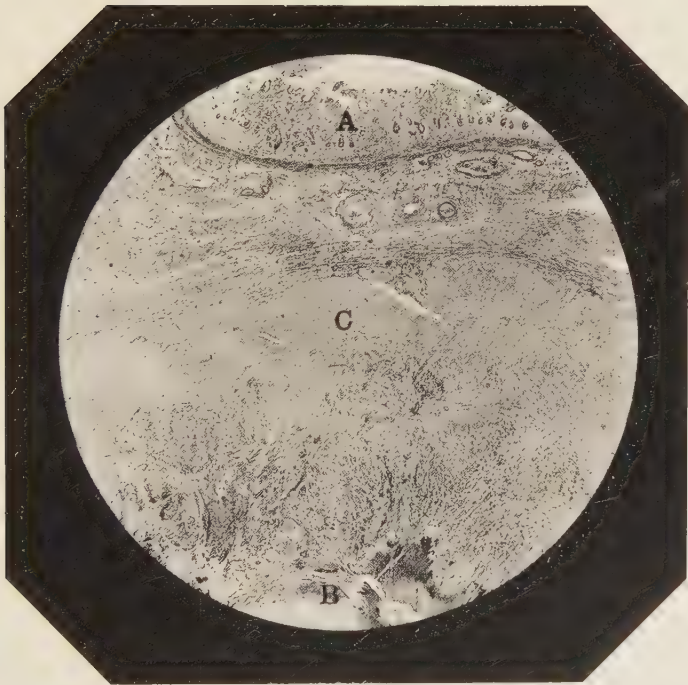


Fig. 2

Fig. 1. — Epithélioma cylindrique avec infiltration de la sous muqueuse.

Fig. 2. — Epithélioma atypique. A Muqueuse gastrique. B Zone superficielle ulcérée de la tumeur colique. C Ilots épithéliomateux profonds infiltrant la paroi du colon transverse et envahissant les couches musculaires gastriques.

Mais il est extrêmement fréquent, lorsqu'on multiplie les coupes et que l'on fait des examens en des points différents, de rencontrer dans le même néoplasme les diverses variétés précédentes. A côté de l'épithélioma tubuleux, voisinent les îlots de l'épithélioma acineux, souvent même de petits îlots d'épithélioma colloïde. C'est que, en définitive, les mêmes cellules, lorsqu'elles sont cancérisées, présentent des troubles fonctionnels divers. Les unes ont leur faculté sécrétrice exagérée, d'autres ont les mêmes facultés annihilées ; chez d'autres, au contraire, c'est l'activité prolifératrice qui l'emporte et en somme les aspects pathologiques différents ne représentent que les stades d'un même élément cellulaire.

2. — Epithélioma atypique

Les cellules constituant cet épithélioma sont caractérisées par la disparition de toute différenciation glandulaire ; elles perdent donc ainsi toute aptitude au groupement épithélial qui caractérise la forme précédente. Les éléments cellulaires ont, dans ce cas, un protoplasma extrêmement restreint, légèrement basophile, ne présentant jamais à son intérieur les grains de sécrétion caractéristiques de l'activité sécrétrice. Le noyau est relativement peu volumineux. Les cellules se groupent en amas plus ou moins arrondis, dessinant des îlots massifs, dans lesquels on peut voir, cependant apparaître des traces de sécrétion muqueuse qui repousse les éléments cellulaires voisins et qui peut, dans des points très localisés,

donner l'aspect de l'épithélioma colloïde étudié plus haut. L'on trouve, comme dans les formes précédentes, les mêmes monstruosité nucléaires et les mêmes mitoses pluripolaires caractéristiques de la dégénérescence néoplasique. Cette variété mérite vraiment l'appellation d'épithélioma atypique, car, si ce n'était la présence des tissus voisins, *muscularis mucosæ*, et la double couche musculaire caractéristique de l'intestin, il serait souvent impossible, d'après le simple aspect histologique des lésions, de faire le diagnostic d'origine de la tumeur.

3. — Propagation histologique

Il est certain que tout cancer intestinal a une tendance à se propager superficiellement du côté de la moindre résistance, c'est-à-dire vers la lumière intestinale, surtout s'il s'agit de la variété papillomateuse formée par des revêtements villosités. Mais, quelle que soit la forme envisagée, les tissus néoplasiques, dont le développement est rapide et, par conséquent, fragile, sont destinés à une desquamation et même à une destruction superficielle, d'autant plus rapide qu'elles sont en contact avec le contenu intestinal septique. Aussi, la plupart du temps, observe-t-on en surface uniquement une ulcération qui ne présente aucun intérêt.

C'est au contraire *l'extension en profondeur* qui est intéressante, car elle est caractéristique et explique aussi bien l'envahissement lymphatique que l'envahissement sanguin. Dans une première étape,

et quelle que soit sa forme histologique, le cancer intestinal atteint et dépasse rapidement la *muscularis mucosæ*, dont les minces fibres musculaires ne constituent pas un sérieux obstacle, et sont traversées, de dedans en dehors, par les éléments néoplasiques soit pseudo-glandulaires, soit atypiques. *La constatation de cette extension est absolument caractéristique du processus néoplasique.* Dès ce stade dépassé, les éléments cancéreux infiltrent les interstices de la sous-muqueuse et dès lors les deux couches musculaires sont envahies à leur tour. Ce processus d'invasion est toujours contrebalancé par une réaction conjonctive absolument comparable à celle que l'on observe plus ou moins dans toutes les autres variétés de tumeurs, qu'il s'agisse de la peau, des différentes muqueuses, des différentes glandes, et que l'on décrit actuellement sous le nom de *stroma-réaction*. Cette dernière est caractérisée par la prolifération plus ou moins active des cellules conjonctives, qui édifient, au contact des éléments tumoraux, une véritable réaction de défense. C'est ce qui explique que, malgré l'extension de la tumeur, on n'observe presque pas de perforations intestinales, mais qu'il existe toujours une énorme réaction scléreuse, qui limite le développement périphérique de l'épithélioma.

Malheureusement, si l'extension pariétale de la tumeur est partiellement jugulée par la réaction conjonctive, il existe d'autres dispositions anatomiques qui favorisent l'extension lointaine du néoplasme. L'on connaît la richesse extrême de l'intestin en élé-

ments lymphoïdes et en canaux lymphatiques. Ces derniers sont donc exposés à l'invasion d'une façon très précoce. Le réseau sous-muqueux est envahi le premier, puis ce sont les lymphatiques de la couche musculieuse qui, à leur tour, sont le siège de la migration cancéreuse qui va s'effectuer le long des mésentériques, jusqu'aux carrefours ganglionnaires. Le grand développement du réseau veineux explique également l'invasion fréquente de ces derniers, qui vont favoriser, en se jetant dans la veine porte, les métastases hépatiques si fréquemment observées dans les cancers intestinaux.

Il faut noter enfin l'affection particulière que semblent avoir les éléments néoplasiques pour les *éléments sympathiques*. Les cellules infiltrent les espaces lymphatiques, entourent les nerfs et s'y accumulent de préférence au voisinage des renflements ganglionnaires du plexus d'Auerbach (Lœper, Pierre Masson).

Nous insistons sur ce fait que l'extension lymphatique et veineuse pariétale s'observe fréquemment assez loin de la tumeur. *Une tunique intestinale peut être apparemment saine à distance du cancer et pourtant contenir dans son épaisseur des éléments néoplasiques* qui peuvent être la source d'une récurrence si elles n'ont pas été réséquées largement au cours de l'intervention initiale.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

DU CANCER DU COLON TRANSVERSE

La symptomatologie du cancer du côlon transverse a toujours passé pour être assez indécise. Sans doute, on a décrit une forme dyspeptique et même une forme gastrique du cancer du gros intestin (Jouffray), dont on a dit volontiers qu'elle se rencontre surtout dans le cancer du côlon transverse. C'est même, semble-t-il, la seule forme clinique à laquelle les auteurs aient jusqu'à présent rattaché le cancer du segment intestinal qui nous intéresse. Dernièrement, Okinczyk, dans un article de la *Revue de technique médicale*, a insisté lui-même sur cette forme dyspeptique ou gastrique du cancer transverse. En réalité, à lire les 182 observations que nous avons pu réunir, on s'aperçoit que, sans doute, les symptômes gastriques sont fréquents, mais il semble aussi qu'à côté de la forme gastrique il en existe d'autres : souvent le

cancer du côlon transverse se révèle par une tumeur qui présente des caractères particuliers ; parfois, il se cache sous le masque d'une affection des voies biliaires ; enfin, il peut fréquemment se révéler à l'attention du malade et du médecin par une crise occlusive qui, d'emblée, oriente le diagnostic vers une affection du gros intestin.

Dans tous ces cas d'ailleurs, qu'il s'agisse de symptômes gastriques ou biliaires, d'une tumeur ou même d'une crise d'occlusion, il est des procédés d'investigation qui doivent permettre de localiser la tumeur sur le gros intestin d'abord, sur le transverse ensuite : nous voulons parler de toutes les méthodes de laboratoire, de la coprologie et surtout de la radioscopie.

Nous essaierons de différencier les divers aspects cliniques sous lesquels peut se présenter un cancer du côlon transverse. Nous ne voulons pas les multiplier à l'infini, d'après la prédominance de tel ou tel symptôme ; mais il est bien certain qu'on peut décrire de façon exacte :

- 1° Une forme gastrique ;
- 2° Une forme sténosante ;
- 3° Une forme avec tumeur ;
- 4° Une forme biliaire.

Il est vrai que bien des symptômes sont communs à toutes ces formes, mais il nous a semblé que c'était dans l'un quelconque de ces types cliniques que pouvaient rentrer presque tous les cas de cancer du côlon transverse.

1. — **Forme gastrique**

Un homme, vers l'âge moyen de la vie, jusqu'alors très bien portant, sans aucun antécédent gastrique ou intestinal, présente à intervalles assez rapprochés des indigestions qu'il met sur le compte d'un quelconque écart de régime. Ces indigestions qu'il a lui-même d'abord négligées deviennent plus fréquentes, sans motifs, sans cause apparente. Cet homme vomit, présente des digestions pénibles, se sent mal à l'aise. La viande le dégoûte. Mais, ce qui le frappe le plus et ce pourquoi il va consulter un médecin, ce sont les vomissements. Ces vomissements deviennent quotidiens, après avoir été espacés. Ils sont alimentaires au début, ne sont pas accompagnés de phénomènes douloureux et surprennent par le fait même que rien ne semble les provoquer.

D'autres fois, ce sont des troubles gastriques vagues, douleurs dans la région épigastrique, du ballonnement du ventre après les repas, des digestions lentes, des régurgitations, des hoquets, de la fétidité de l'haleine.

Tous ces symptômes, qu'ils attirent brusquement l'attention, comme les vomissements, ou qu'ils s'installent sournoisement, sous la forme de troubles vagues, durent plus ou moins longtemps. Nous avons remarqué, dans plusieurs observations, leur latence particulière, jusqu'au moment où la symptomatologie se précise. L'attention est dès lors entièrement tournée vers l'estomac. Lui seul est mis en cause, et trop souvent, le médecin écoutant le malade, est lui-même hypnotisé par les symptômes gastriques,

A la période d'état, très souvent, le malade se présente comme s'il avait un cancer du pylore, ou bien, au contraire, avec tous les symptômes d'une gastropathie dont on ignore la cause et que l'on traite médicalement pendant longtemps. Les douleurs s'installent et prennent des aspects très divers : douleurs survenant brusquement, à siège para-ombilical, accompagnées de vomissements et, pour peu que le malade soit suspect de syphilis, on porte, comme dans l'observation de Delore et Duclos, le diagnostic de *gastrite spécifique*, jusqu'à ce que, brusquement, une crise d'occlusion pousse à l'intervention d'urgence. D'autres fois, ce sont des douleurs lancinantes, survenant trois heures après les repas, douleurs qui sont calmées par un vomissement, et si, à la radioscopie, on trouve un estomac vaste, hypertonique, on pensera volontiers comme chez la malade de M. Cotte, à une *gastropathie nerveuse* ; on interviendra en vue de pratiquer une énérvation gastrique et l'on sera tout surpris de trouver un cancer du milieu du côlon transverse.

Ces douleurs gastriques peuvent revêtir le type de crampes gastriques ; ce sont alors des tiraillements d'estomac, des douleurs vives, des sensations de brûlures, que souvent rien ne parvient à calmer.

C'est dans ces formes-là, où seule la douleur attire l'attention du malade, où il n'y a aucun symptôme physique (tumeur), que l'on est le plus embarrassé et que le diagnostic s'égare. Pourtant, on serait autorisé à soupçonner une lésion plus grave qu'une simple gastropathie nerveuse ; le malade a beaucoup

maigri, il présente souvent des petits signes d'intoxication cancéreuse, il faut faire la recherche du sang dans les matières, et surtout il faut pratiquer la radioscopie. Souvent celle-ci est négative ; *raison de plus pour ne pas incriminer l'estomac* ; il faut se souvenir que tous les troubles présentés par le malade peuvent être d'origine intestinale et pousser plus loin les investigations : examen radioscopique du gros intestin, qui mettra en évidence la présence d'un cancer sur le côlon transverse.

D'autres fois, *les symptômes de la sténose pylorique* sont au complet : vomissements, douleurs, dégoût électif pour certains aliments, amaigrissement et parfois même présence d'une tumeur épigastrique. Tous ces symptômes réunis égarent le diagnostic. Qu'une radioscopie pratiquée montre un estomac un peu dilaté, hyperkinétique, et on posera fermement le diagnostic de cancer du pylore. En réalité, quand on lit de près les observations de cancer du côlon transverse, où le diagnostic de *cancer pylorique* avait été porté, on se rend compte que souvent, bien des symptômes, s'ils avaient été mieux observés, auraient peut-être permis la localisation exacte du néoplasme. En effet, lorsque l'on croit installés au complet les symptômes de la sténose pylorique par cancer, on note que les vomissements étaient fécaloïdes, même en dehors de toute obstruction intestinale, que le malade présentait de la stercorémie et était véritablement intoxiqué et profondément atteint. Enfin, surtout deux éléments peuvent permettre de différencier un cancer du pylore d'un can-

cer du côlon transverse : d'une part, la radioscopie, sur laquelle on ne saurait trop insister, et la perception d'une tumeur qui présente parfois des caractères nettement tranchés : sa disposition transversale, sa situation plus antérieure et peut-être plus basse que celle d'un cancer de l'estomac.

On a pu souvent aussi confondre un cancer du côlon transverse avec *un cancer de la grande courbure*, et cela est fréquent surtout dans les cas où le segment transversal du côlon adhère à l'estomac. Il est rare que, dans ces cas, le diagnostic exact ait été posé. Le malade ne vomit pas, il présente simplement, avec un état général assez atteint, des douleurs épigastriques vagues, sans localisation précise, des digestions pénibles et lentes et une tumeur para ou sous-ombilicale qui fait penser, jointe aux autres symptômes gastriques, à un cancer de la grande courbure (Patel).

Telle est la forme vraie, celle pour laquelle on pose vraiment un diagnostic, d'ailleurs faux, de gastropathie nerveuse ou de cancer de l'estomac.

Il est une autre forme trop souvent confondue avec cette dernière, c'est la *forme dyspeptique*, qui n'appartient pas en propre au côlon transverse, mais qui est peut-être plus fréquente dans les localisations du cancer sur ce segment du gros intestin. C'est cette forme que Walsham et Crâmer ont très bien étudiée. Tantôt, c'est une *dyspepsie aiguë*, qui se traduit à des intervalles plus ou moins éloignés par des indigestions sans cause, d'abord isolées, puis qui se rapprochent ; tantôt, et c'est plus fréquent, il s'agit d'une

dyspepsie chronique due à la stercorémie. L'observation la plus typique est celle de cette malade de Hartmann, qui présentait des vomissements, de la céphalalgie et un état marqué d'accablement. Les céphalées offraient ce caractère très particulier de reparaître chaque matin, avant la garde-robe, et il était impossible à la malade de prendre aucun aliment avant d'aller à la selle.

Il faut donc toujours se méfier, en présence d'un malade qui accuse des troubles dyspeptiques. Les cas sont trop nombreux où des erreurs de diagnostic sont commises, mais il faut reconnaître pourtant que parfois il est bien difficile de se prononcer et que souvent c'est une complication qui impose le diagnostic. Mathieu et Jean-Charles Roux ont publié l'observation d'un homme de 66 ans, ayant un peu maigri, se sentant moins à son aise ; on pensa à des accidents cérébraux vagues, dus peut-être à de l'athérome artériel. Le Professeur Ballet consulté incrimina le tube digestif et pensa à un cancer de l'estomac au début. Mathieu, qui vit le malade, fit le diagnostic de cancer gastrique à forme latente. Survint une crise d'occlusion et l'intervention montra qu'il s'agissait d'un cancer du côlon transverse. Notre maître, M. le Professeur Tixier, nous a cité un cas analogue : le malade fut soigné pendant longtemps pour une aérophagie d'abord, pour un cancer gastrique non orificiel ensuite, jusqu'à ce que une crise brusque d'occlusion survint, qui nécessita une cœcostomie d'urgence. Il faut donc, comme l'a écrit plusieurs fois Okinczyc, « bien connaître ces malades soignés

pour une affection gastrique et qui perdent en traitements inutiles un temps précieux ».

La symptomatologie est d'ailleurs parfois tellement difficile à interpréter que l'on a pu faire le diagnostic de cancer du côlon transverse, alors qu'il s'agissait d'un cancer de la grande courbure (Burkë) : il n'y avait aucun trouble gastrique, mais seulement de la constipation et une tumeur très mobile.

A quoi sont dus ces symptômes gastriques ou dyspeptiques ? Il semble qu'ils relèvent de deux causes nettement distinctes, l'une locale directe, l'autre générale. *Causes locales* : dues à la présence même de la tumeur ; celle-ci, par son propre poids, peut, en pesant sur le ligament gastro-côlique, retentir sur les fonctions gastriques. Nous croirions plus volontiers qu'il s'agit d'une péritonite latente, d'une réaction péritonéale, sur laquelle M. Tixier insiste beaucoup. Mais il est des cas très nets où la tumeur, par les adhérences qu'elle peut contracter directement avec l'estomac ou avec le duodénum, provoque des troubles gastriques d'une telle netteté qu'ils égarent le diagnostic. *Causes générales* communes à tous les cancers du gros intestin, stercorémie, ou mieux peut-être, troubles gastriques réflexes que l'on observe si souvent chez les cancéreux intestinaux.

L'évolution de cette forme gastrique ou dyspeptique du cancer du côlon transverse se fait généralement vers une complication qui, bien souvent, permet seule de poser le diagnostic exact, qu'il s'agisse d'un abcès ou d'une occlusion aiguë. La durée est très difficile à préciser ; peut-être la forme gastri-

que est-elle pourtant celle qui évolue le plus lentement : il n'y a pas de troubles de la circulation intestinale et les malades arrivent parfois presque à la cachexie cancéreuse, après une évolution de troubles divers peu précis qui tous ont égaré le diagnostic.

2. — Forme sténosante

Cette forme est, avec la forme gastrique, la plus fréquente au niveau du côlon transverse ; c'est celle qui réalise au plus haut degré cette allure clinique que Pierre Duval a décrite pour les cancers du côlon pelvien. C'est la *crise colique*, à symptomatologie très nette, qu'il faut toujours rechercher dans l'histoire des cancers intestinaux, car elle est la signature d'un obstacle siégeant sur un point quelconque du gros intestin. Cette crise se compose de plusieurs éléments, toujours les mêmes, qui constituent un ensemble clinique : douleurs, péristaltisme, arrêt de la fonction intestinale, émission d'une selle liquide.

La *douleur* est spontanée et provoquée, passagère ou permanente, simple sensation de gêne et de pesanteur ; parfois, au contraire, terrible, épouvantable. Elle a un point de départ fixe, toujours le même ; elle est réveillée par la palpation et elle est accompagnée d'une autre douleur intermittente due aux troubles apportés à la fonction colique.

Cette douleur présente des caractères particuliers sur lesquels Bouveret avait beaucoup insisté. Elle siège très fréquemment au niveau du cæcum où,

jointe au péristaltisme, elle constitue : « *l'ectasie cæcale douloureuse* » qui, comme nous avons pu nous en rendre compte à la lecture de nos observations, n'est pas assez recherchée, mais que nous avons observée d'une façon constante dans les cas de cancer du côlon transverse que nous avons vus, quand ceux-ci revêtaient l'allure de la forme sténosante. La douleur siège donc à distance du néoplasme ; elle est au cæcum, dans la fosse iliaque droite ; elle remonte le long du cadre cœlique droit, qui lutte contre l'obstacle néoplasique ; douleurs de crampes, de torsions, qui débutent au niveau du cæcum, pour se propager vers le point du côlon transverse où siège la sténose ; là, la douleur cesse, elle s'évanouit. *Le malade sent filtrer quelque chose au point douloureux, Il perçoit un bruit de glouglou* et, bien souvent, il se produit de suite une *débâcle diarrhéique*.

Donc, cette crise cœlique est caractérisée par une constipation qui dure plusieurs jours, par une douleur fixe au niveau du néoplasme, par une crise douloureuse aiguë qui est l'indice de la lutte du côlon droit pour franchir l'obstacle néoplasique, lutte qui se traduit par une dilatation du cæcum, par du péristaltisme très net sous la paroi abdominale droite et enfin par l'émission d'une selle diarrhéique.

Le signe de l'ectasie cæcale douloureuse est parfois celui qui attire l'attention du malade. Dans une observation de M. Patel, il est noté que le malade a remarqué lui-même, au moment de ses crises douloureuses, une voussure dans sa fosse iliaque droite, qui disparaissait et reparaisait. Ce péristaltisme du

cæcum est spontané, mais il peut aussi être provoqué par la percussion légère au niveau de la fosse iliaque droite.

Ces crises coliques, avec péristaltisme cæcal, sont parfois d'une telle intensité et d'une telle fréquence qu'elles peuvent, pour un esprit non averti, égarer le diagnostic, et il est des cas où l'on a pensé à une tumeur du cæcum, alors que l'obstacle siégeait beaucoup plus loin sur le côlon.

Ces crises coliques se produisent à intervalles variables. Tantôt, ce sont des malades qu'on intitule des constipés chroniques et chez qui la crise douloureuse n'est pas assez aiguë pour attirer l'attention ; ce sont de tels malades qui font des saisons infructueuses à Châtel-Guyon. D'autres, au contraire, deviennent de véritables infirmes, souffrant toujours, présentant des signes d'intoxication stercorémique, restant alités, jusqu'à ce qu'une crise d'occlusion survienne qui les mène sur la table d'opération. Et pourtant, il est bien rare que chez de tels malades on ne puisse trouver le tableau de l'obstruction chronique : douleurs répétées, coliques, nausées, vomissements et souvent, comme l'a écrit Miller, les cas sont pathognomoniques, car le patient décrit des douleurs en crampe qui aboutissent à une colique très forte, qui disparaît immédiatement, en s'accompagnant de bruits intestinaux.

Telle est l'allure générale de la forme sténosante du cancer du côlon transverse. Heureusement, souvent, un autre symptôme très important existe, qui attire d'emblée l'attention sur le gros intestin : c'est

la *tumeur*, souvent perceptible au niveau du côlon transverse. En effet, nous avons vu à l'étude anatomo-pathologique que cette tumeur est presque toujours coiffée du grand épiploon qui, ramassé sur lui-même, se pelotonne au-devant du néoplasme et en augmente ainsi considérablement le volume. Cette tumeur occupe un siège très variable et cela s'explique par l'extrême mobilité du côlon transverse. Nous verrons plus loin, à l'analyse détaillée des symptômes, combien sont variés les endroits de l'abdomen où l'on a noté la perception d'une tumeur du côlon transverse.

C'est, semble-t-il, dans cette forme sténosante qu'il est le moins difficile de poser le diagnostic de cancer du côlon transverse. La symptomatologie est nette. En présence de la crise colique, de l'ectasie cæcale douloureuse, quand on perçoit une tumeur dont le siège semble être sur le segment transversal du côlon, l'affirmation d'une sténose sur le côlon transverse devient facile, mais il n'est pas constant, loin de là, que la tumeur ait un siège para-ombilical. Elle peut être dans la fosse iliaque gauche, dans la fosse iliaque droite ; elle peut faire penser à un néoplasme du cæcum ou du côlon sigmoïde, et c'est alors que la radioscopie est indispensable pour la localiser de façon exacte.

Quelle est l'évolution de cette forme sténosante ? Elle est généralement assez longue ; le plus souvent, on voit les malades, alors qu'ils souffrent depuis longtemps de l'abdomen et que déjà ils ont été soignés pendant de longs mois pour une constipation

chronique. La crise d'occlusion, qui est la terminaison fatale de cette forme, ne survient qu'après un long passé douloureux. Cette crise d'occlusion, on ne devrait presque pas la voir, car il n'est pas permis de ne pas dépister un néoplasme du côlon transverse qui rétrécit la lumière intestinale. Les signes sont trop nets, trop précis et si la perception d'une tumeur ne vient pas imposer le diagnostic de siège, il est certain que d'autres symptômes fonctionnels ou physiques doivent au moins faire penser à un obstacle sur le gros intestin et que la radiographie permettra dès ce moment-là de localiser la tumeur.

3. — Forme avec tumeur

Il peut paraître banal de décrire une forme avec tumeur. La tumeur est, en effet, un symptôme très fréquent du cancer du côlon transverse, mais il est des cas où elle a été le seul symptôme initial et même le seul signe pour lequel un malade se fût présenter au chirurgien.

Telle cette malade de Lenormant qui, ayant subi, il y a 15 ans, une hystérectomie abdominale, présentait une éventration au niveau de la cicatrice de cette ancienne opération. En l'examinant, on reconnaissait l'existence, dans la région ombilicale, d'une tumeur arrondie, dure, très mobile, grosse comme le poing. Il n'y avait aucun trouble fonctionnel, sauf quelques tiraillements et quelques douleurs assez vagues, que l'on pouvait attribuer aussi bien à l'éventration qu'à la tumeur. En particulier, la

malade n'accusait ni mælena ni crise d'obstruction ni une gêne quelconque des fonctions intestinales. C'est l'examen radioscopique qui permet de localiser cette tumeur sur la partie gauche du côlon transverse.

Les caractères physiques de la tumeur sont assez particuliers au niveau du côlon transverse. Nous les décrirons plus loin, quand nous analyserons les symptômes principaux du cancer. Ce qui nous intéresse ici, c'est l'allure générale de cette forme clinique où le malade vient consulter pour une tumeur : peu ou pas de réactions sur l'état général, pas de troubles intestinaux ; s'il y a sténose anatomique, le rétrécissement ne se traduit par aucun signe clinique. Peut-être, parfois, la recherche du sang dans les selles sera-t-elle positive. L'état général est intact ou presque. De tels malades ressemblent à ces femmes qui viennent consulter pour une tumeur du sein, parfaitement indolore, sans aucun signe fonctionnel. C'est dans ces cas qu'un examen radioscopique sera indispensable. En effet, on est en présence d'une tumeur abdominale qui n'occasionne aucun trouble. Il peut s'agir d'une vésicule, si la tumeur siège à droite, sous le foie ; d'un rein, si l'on perçoit la tumeur dans la partie gauche de l'abdomen. Peut-être même pourrait-on penser à un kyste du pancréas, si les tumeurs du côlon transverse, qui ne se révèlent par aucun signe fonctionnel, ne frappaient pas par leur extrême mobilité.

4. — Forme biliaire

Elle est rare au niveau du côlon transverse. Nous la retrouverons beaucoup plus fréquente pour le cancer de l'angle droit. Elle ne se voit que dans quelques cancers de la partie droite. Les symptômes sont assez imprécis. Aucun n'est très net, et c'est sur la réunion de plusieurs symptômes que l'on a pu parfois penser à de la lithiase biliaire. Une malade de M. Goullioud souffrait depuis 8 mois de crises douloureuses dans l'hypocondre droit; elle accusait des crises gastriques bien plus que des symptômes intestinaux; elle n'avait jamais eu d'ictère, mais ses urines contenaient des traces de pigments biliaires. M. Goullioud la vit après un séjour à Vichy; l'état général était atteint; la température s'élevait à 38°5, et l'on sentait dans l'hypocondre droit une masse douloureuse pour laquelle le diagnostic de cholécystite semblait probable. A l'intervention, on trouva un cancer de la partie droite du côlon transverse adhérent à l'estomac dans la région pré-pylorique.

Ce sont donc des douleurs comme on en rencontre dans la lithiase vésiculaire, douleurs plus ou moins sourdes, spontanées et provoquées, des troubles dyspeptiques à type précoce ou tardif et la présence d'une tumeur dans l'hypocondre droit qui font penser à une cholécystite lithiasique d'autant que souvent il y a de légères élévations de température. Dans ces cas là, la radioscopie de la vésicule sur laquelle tout récemment Gosset, Tuffier et Aubourg ont insisté pourrait rendre des services.

Tels sont en somme les divers aspects cliniques sous lesquels peut se présenter un cancer du côlon transverse. Bien des symptômes sont communs à toutes les formes. Il nous semble nécessaire de les reprendre les uns après les autres, d'indiquer leurs particularités, leur fréquence, leur importance au point de vue du diagnostic.

LES SYMPTOMES

Symptômes fonctionnels.

CONSTIPATION, DIARRHÉE. — La *constipation* est le symptôme initial, capital, qui domine toute l'histoire des néoplasmes du côlon (Okinczyc). Il n'est presque pas une observation, parmi les 182 que nous avons réunies, où nous ne trouvions noté ce symptôme.

Rien n'est banal comme la constipation chez les gens d'un certain âge et particulièrement chez les femmes. Comme l'a fait remarquer Okinczyc, chez les constipés habituels, la constipation même aggravée ne s'accompagne d'aucun phénomène douloureux. L'intestin, adapté par une longue accoutumance, reste tolérant à des évacuations qui deviennent de plus en plus rares. La malade peut rester des jours sans aller à la selle et sans être incommodée. C'est une forme dangereuse qu'il faut connaître et dont il faut se méfier. On doit, chez tout constipé chronique qui a dépassé la quarantaine, soupçonner une lésion organique grave du gros intestin, pratiquer un examen minutieux et s'aider de la radioscopie pour le

diagnostic. La constipation, quand elle est prolongée, s'accompagne d'un certain degré de stercorémie, d'une véritable intoxication de l'organisme, céphalée persistante, aigreurs, vomissements, etc...

La *diarrhée* est un symptôme qui suit la constipation, puis alterne avec elle. Quelques malades, constipées chroniques, habituées depuis longtemps à ne point aller à la selle, sont frappées par le fait que, par crises, elles présentent des crises diarrhéiques importantes. Telle la malade d'une observation de M. Patel, qui accusait une véritable diarrhée profuse et fétide, et chez laquelle on notait en même temps la présence d'une tumeur et d'une ectasie cœcale douloureuse. Cette diarrhée s'explique par le fait que la rétention provoque de la stase des matières qui se putréfient et se liquéfient. Seules les matières liquides parviennent à franchir l'obstacle néoplasique. C'est ce que Okinczyc a appelé une véritable « défécation par regorgement ».

LA PRÉSENCE DU SANG DANS LES SELLES est un symptôme important. Nous ne l'avons trouvé que 14 fois sur nos 182 observations. Mais il est bien évident que ce symptôme est beaucoup plus fréquent et que c'est au moins dans 25 % des cas qu'il existe, soit sous la forme de sang vu macroscopiquement par le malade, soit qu'il ne soit décelable que par les examens de laboratoire.

LA DOULEUR est aussi un signe bien banal. Sa fréquence est extrême, son existence étant souvent liée à la constipation. Elle est due soit aux crises coliques,

et elle est alors aiguë, soit à la tumeur elle-même ou à ses adhérences : c'est alors une douleur sourde, tenace, avec irradiations diverses.

Nous avons longuement décrit ces douleurs à type gastrique que l'on rencontre chez de nombreux malades.

D'autres fois, les douleurs, par leur intensité, par leur caractère particulier, ont pu égarer le diagnostic. Elle revêtaient le type appendiculaire dans les observations de Kadice, Tixier, Erdmann. Localisées dans l'hypocondre droit, avec irradiations scapulaires, elles avaient fait penser, dans une observation de Meyer, qu'il s'agissait peut-être d'une cholécystite.

On pourrait décrire ces douleurs à l'infini : elles revêtent toutes les modalités des crises abdominales douloureuses ; mais leur caractère le plus fréquent est certainement celui qu'elles revêtent dans la crise côlique de la forme sténosante, et dans ces derniers cas, leur prédominance dans la région cæcale peut être l'occasion de fréquentes erreurs de diagnostic.

Symptômes physiques.

LE MÉTÉORISME, LE PÉRISTALTISME sont fréquents. Nous avons déjà insisté sur eux et particulièrement sur le péristaltisme localisé au cæcum ou signe de Bouveret. Le météorisme peut, quand il est très accusé, gêner la perception d'une tumeur. « Ces deux symptômes, météorisme, péristaltisme douloureux, s'achevant avec un bruit intestinal de glouglou caractéristique, constituent le syndrome de Kœnig, qui manifeste la sténose intestinale. »

LA TUMEUR est un signe que nous avons noté 89 fois sur 182 observations, donc dans la proportion de 48,8 % des cas. Le volume de la tumeur est généralement assez important, de la grosseur d'un ou de deux poings, d'une tête de fœtus ou même d'une tête d'enfant (Anschütz). Mais il faut se rappeler que l'on prête souvent aux tumeurs de l'intestin un volume supérieur à celui qu'elles ont en réalité, soit à cause de l'accumulation des matières au-dessus de la sténose, soit à cause de la contracture segmentaire de l'intestin en amont de la tumeur, soit enfin, et c'est fréquent, au niveau du côlon transverse, parce que la tumeur est grossie de toute la masse du grand épiploon, qui est venu se coller au-devant d'elle.

Le siège le plus fréquent de la tumeur est *para-ombilical*, plutôt *sous-ombilical* que *sus-ombilical*. Dans les 89 observations où elle a été perçue, la tumeur l'était 30 fois dans la région ombilicale. A côté de ce siège le plus fréquent, on peut rencontrer un cancer du côlon transverse dans toutes les régions de l'abdomen et ce siège très variable, parfois même anormal, cause de fréquentes erreurs de diagnostic. On a trouvé la tumeur au-dessus de l'arcade de Fallope (Tixier), dans la région iléo-cæcale (Engelsmann). Tavernier fit le diagnostic du *cancer du cæcum* pour un néoplasme de la partie droite du côlon transverse : la tumeur était sentie dans la fosse iliaque droite. Plusieurs fois, le diagnostic de *cancer du côlon sigmoïde* fut porté, la tumeur étant perçue dans la fosse iliaque gauche (Cotte, Desgouttes, Gibbon, Schwartz). La tumeur peut même

descendre plus bas encore, plonger dans le petit bassin et être perçue par le toucher vaginal. C'est ainsi que Bonney fit le diagnostic de *tumeur de l'ovaire gauche*, chez une malade qui présentait une tumeur irrégulière occupant le quadrant inférieur gauche de l'abdomen, avec ascite volumineuse, et chez qui l'intervention montra un cancer du côlon transverse.

La tumeur est le plus souvent cylindrique. Elle est aussi très souvent mobile et sa mobilité même sera un élément important de diagnostic avec une tumeur gastrique ou vésiculaire. De plus, la percussion rendra de grands services pour différencier une tumeur du côlon transverse perçue dans la région para-ombilicale d'avec une tumeur de l'estomac. *L'insufflation*, soit du gros intestin, soit de l'estomac, soit les deux combinées, pourra rendre de grands services.

Il ne faut pourtant pas trop compter sur la mobilité de la tumeur pour faire le diagnostic. Sa disposition transversale pourra, dans quelques cas, aider à sa localisation. La tumeur est mobile au début. Mais il est rare qu'elle ne se fixe pas plus ou moins rapidement, soit par rétraction du méso-côlon transverse qui est infiltré, soit au contraire par les adhérences que la tumeur peut contracter avec les viscères voisins ou avec la paroi abdominale.

Symptômes généraux.

Ils ne présentent rien de particulier. *L'amaigrissement, l'intoxication stercorale, la présence dans*

les urines de substances aromatiques à un taux élevé (indicanurie), sont des symptômes communs à tous les cancers intestinaux.

Nous n'avons pas trouvé d'observation d'*anémie pernicieuse progressive* pour le cancer du côlon transverse. Mais il est bien certain qu'il en existe des cas.

La *température* qui est, comme nous le verrons, le signal d'une complication, peut être observée sans qu'il y ait d'abcès périnéoplasique. Elle est due à l'infection qui ne peut pas ne pas exister au niveau d'un cancer ulcéré, qui baigne dans un milieu aussi septique que le milieu intestinal.

ÉVOLUTION et COMPLICATIONS

« La *cachexie*, qui est le terme ultime de tout cancer, cause rarement la mort d'un malade atteint de cancer du côlon transverse. Il survient généralement une complication mécanique ou inflammatoire qui arrête le cours de cette évolution. Comme le fait remarquer Okinczyc, « si une opération palliative est venue opportunément différer ce dénouement, on assiste à ce résultat en apparence paradoxal qu'on ne connaît la cachexie cancéreuse que chez les malades opérés. »

L'OCCCLUSION INTESTINALE est l'aboutissant de la plupart des cancers du côlon transverse non traités. Elle est pourtant relativement rare, puisque sur nos 182 observations, nous ne la trouvons signalée que 22 fois,

c'est-à-dire dans environ 12 % des cas. C'est alors le tableau classique de l'occlusion du gros intestin, avec son météorisme prononcé et l'arrêt complet des matières et des gaz, son installation progressive, ses vomissements, l'atteinte de l'état général, moins prononcée que dans les occlusions du grêle. Mais il existe quand même deux formes d'occlusion intestinale : celle qui survient chez un malade déjà soigné pour de la constipation et pour des coliques intermittentes, et celle qui s'installe d'emblée chez un homme jusqu'alors bien portant. C'est dans ce dernier cas que semble vraie l'assertion de Mikulicz que le cancer du côlon se révèle souvent par ses complications. En réalité, on trouve toujours, dans les antécédents d'un tel malade, soit de l'amaigrissement sans cause (Jouffray), soit des troubles intestinaux plus ou moins vagues.

LES PERFORATIONS DIASTATIQUES sont rares au cours du cancer du côlon transverse. Elles acquièrent, comme nous le verrons, leur maximum de fréquence pour le cancer de l'angle gauche. Nous n'avons trouvé signalé de perforation diastatique que dans l'observation de Weiss. C'est alors le tableau de la péritonite par perforation, avec son évolution le plus souvent mortelle.

Quant aux COMPLICATIONS INFLAMMATOIRES ABOUTISSANT A LA SUPPURATION, elles ne sont pas très fréquentes au niveau du côlon transverse. Elles ont été bien étudiées par Gangolphe, dans la thèse d'Opin, par

Tuffier, par Viallet. Les *abcès péri-néoplasiques* se présentent sous deux formes différentes : forme aiguë, forme latente. Tantôt, comme dans l'observation de Lambret, un malade est pris brusquement d'une vive douleur ombilicale. On constate la présence, au niveau de la ligne médiane, d'une tumeur irréductible, à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic. Le malade a des coliques, son ventre est ballonné. On assiste à la fistulisation de la masse sous-ombilicale ; il s'écoule du pus d'abord, puis, quelques jours après, des matières stercorales.

Tantôt, et c'est le cas d'un malade de Tuffier, un malade entre à l'hôpital pour une grosse tuméfaction qui siège dans la région sus-ombilicale, tuméfaction qui s'est développée depuis une quinzaine de jours, qui s'accompagne de douleurs vives, sans mouvements fébriles bien marqués. On l'incise, il s'écoule du pus fétide et au bout de peu de jours s'installe une fistule stercorale.

D'autres fois, mais le cas est infiniment plus rare, le malade meurt en très peu de temps par la perforation dans la grande cavité péritonéale de son abcès péri-néoplasique. Il en fut ainsi pour le malade de Radice.

Ce qui caractérise ces abcès au niveau d'un cancer du côlon transverse, c'est *leur siège*. Sur les 6 observations que nous avons recueillies, nous notons 5 fois qu'il s'agissait d'une *masse sus ou sous-ombilicale* ! On devra donc, en présence d'un abcès de la région ombilicale, chez tout malade qui présente des signes d'obstruction intestinale ou simplement des troubles

plus ou moins prononcés de la circulation des matières, soupçonner un cancer sous-jacent du côlon transverse. Nous citons, à titre de rareté, l'observation de Parcelier, où un abcès développé autour d'un néoplasme du côlon transverse, put être pris cliniquement pour un kyste de l'ovaire suppuré.

Un fait est à noter à propos de ces abcès, c'est que le cancer n'est pas forcément perforé dans la cavité de l'abcès. Dans toutes nos observations, c'est secondairement que cette perforation se produisit et c'est quelques jours seulement après l'incision de l'abcès que s'établit la fistule stercorale.

Nous ne voulons pas insister sur les symptômes de l'abcès : l'élévation de température, la fluctuation, l'empâtement de la paroi abdominale, sur leur sonorité fréquente, car ce sont souvent des abcès gazeux. Ce sont là symptômes communs à tous les abcès qui se développent autour du gros intestin. Nous avons simplement voulu noter leurs caractères particuliers quand ils compliquent un cancer du côlon transverse.

LES FISTULES CÔLO-VISCÉRALES. — Alors que, pour le cancer du côlon pelvien, la plus fréquente des fistules côlo-viscérales est la fistule côlo-vésicale, pour le cancer du côlon transverse, *la fistule gastro-côlique* est la plus souvent rencontrée. Bec, dans sa thèse inspirée par Bouveret, avait trouvé que sur 62 cas la fistule gastro-côlique n'était que 8 fois d'origine côlique. La même proportion se retrouve dans les statistiques de Chavannaz, de Cividali et de Pratt.

Cette fistule se présente avec ses *trois symptômes cardinaux* : la *lientérie*, les *vomissements* et les *eructations fétides*, la *cachexie*. Les signes radiologiques sont aussi très importants : irrégularité de l'ombre gastrique, surtout au niveau de la grande courbure, remplissage partiel ou nul de l'estomac, remplissage du côlon descendant et de l'anse sigmoïde quelques heures après l'ingestion de bismuth, alors que tout l'hémi-côlon droit est vide ; possibilité, à la palpation, de faire passer le bismuth dans le côlon et vice-versa, et enfin présence de bismuth dans l'estomac après lavement opaque.

Ces fistules gastro-côliques sont une complication redoutable. « *Le malade vomit dans son côlon* », suivant l'expression de Bouveret, et l'on conçoit ainsi que son amaigrissement soit très rapide et considérable. Leur traitement chirurgical est très décevant et, sur toutes nos observations, nous n'avons pas noté un seul succès opératoire.

A côté de ces fistules gastro-côliques, nous noterons la possibilité de la communication du côlon transverse avec une anse grêle. Timbal et Belloc ont publié une observation de *fistule jéjuno-côlique*.

L'INVAGINATION est une rareté ; nous ne l'avons trouvée signalée que dans l'observation de Back et Edwards, observation très curieuse d'ailleurs. Un homme de 45 ans est opéré pour une invagination du côlon transverse dans le côlon descendant. On ne découvre pas la cause de cette invagination. Cinq mois après, le malade revient avec de la diarrhée

et du péristaltisme ; l'intervention montre une tumeur de la partie moyenne du côlon transverse que l'on n'avait pas sentie lors de la première opération.

Le cancer du côlon transverse évolue donc avec une certaine lenteur. Il se révèle tantôt par des symptômes intestinaux, tantôt, au contraire, par des signes gastriques qu'il faut bien connaître. Son évolution, fatale comme celle de tout cancer abandonné à lui-même, est parfois hâtée par des complications : occlusion, abcès, perforation, fistule gastro-côlique. D'autres fois, c'est l'apparition d'une métastase qui viendra accélérer la marche du cancer, métastase le plus souvent hépatique. Desqueyroux a cité le cas d'un malade entré à l'hôpital pour un cancer du foie et chez lequel, seule, l'autopsie montra un cancer du côlon transverse. Pallasse et Lesbroc ont publié l'observation d'un malade qu'ils avaient soigné pour une cirrhose et chez qui on trouva un cancer du côlon transverse et un cancer secondaire du foie.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE DU CANCER DES ANGLES

Nous serons très bref ; notre but était surtout d'insister sur les caractères cliniques du cancer du côlon transverse. Nous signalerons seulement quelques particularités du cancer de l'angle droit et du cancer de l'angle gauche, qui s'opposent d'ailleurs l'un à l'autre.

CANCER de l'ANGLE DROIT

Le cancer de l'angle droit présente tous les symptômes communs aux cancers intestinaux ; certains signes y sont peut-être plus fréquents qu'ailleurs. Le voisinage de certains organes lui imprime parfois aussi une allure un peu particulière.

La FORME GASTRIQUE, que nous avons décrite longuement à propos du cancer du côlon transverse, se

retrouve ici absolument semblable, mais moins fréquente. La symptomatologie du cancer du pylore est notée parfois (Maylard, Pétermann). Le voisinage du pylore, et surtout, croyons-nous, avec Peutot (Tixier), la compression du duodénum par une tumeur volumineuse de l'angle droit, peuvent donner des vomissements à type de sténose pylorique.

La FORME BILIAIRE existe aussi au niveau de l'angle droit. Le voisinage immédiat de la vésicule explique qu'on ait pu porter le diagnostic de cholécystite, soit à cause du type des douleurs irradiées dans le dos et dans le bras à droite (Anschütz), soit à cause de la diarrhée que l'on trouve si souvent dans les lésions vésiculaires, soit enfin à cause de la perception d'une tumeur dans la région vésiculaire. On a alors le type de la cholécystite lithiasique. Nous avons noté, dans une observation de Rotter, qu'une de ses malades avait eu des poussées d'ictère. A l'intervention, on trouva un cancer de l'angle droit adhérent à la vésicule, mais il n'est pas remarqué qu'il y eût une adhérence quelconque expliquant l'ictère par lésion de la voie biliaire principale.

Le diagnostic avec la cholécystite sera donc parfois assez délicat. Il semble bien pourtant que si l'on pratique un examen complet, si l'on procède aux recherches de laboratoire, à la radioscopie du tube digestif, et même à celle de la vésicule biliaire (Tuffier, Gosset), on puisse arriver à éliminer la vésicule pour se rattacher à l'angle droit.

La FORME STÉNOSANTE est moins fréquente qu'au niveau du côlon transverse, et cela s'explique par le fait que les tumeurs de l'angle droit sont plus souvent qu'ailleurs de grosses tumeurs en choux-fleurs, qui n'obstruent pas beaucoup la lumière intestinale. On n'a peut-être pas assez insisté pourtant sur le fait que la forme sténosante est d'une fréquence relative au niveau de l'angle droit. On a trop voulu faire de cette forme l'apanage des cancers du côlon gauche. Nous trouvons fréquemment, dans les observations que nous publions, des crises coliques et aussi la présence de péristaltisme du cæcum, de *l'ectasie cæcale douloureuse* (Denk, Jaboulay, Santy).

Bensaude et Thibaut ont publié une observation d'ANÉMIE PERNICIEUSE PROGRESSIVE symptomatique d'un cancer de l'angle droit.

La TUMEUR est un signe capital du cancer de l'angle droit ; on la perçoit dans 50 % des cas (50 fois sur nos 101 observations). Elle est généralement volumineuse, nettement sentie à droite, le plus souvent sous les fausses côtes, parfois difficilement distincte du foie, dont elle est rapprochée ; plus ou moins mobile, mais plus généralement fixe. La situation de cette tumeur dans l'hypocondre droit, où la vésicule et le rein droit peuvent aussi donner des tumeurs, explique que le diagnostic se pose parfois, soit avec une grosse vésicule, soit avec une tumeur du rein (Asshurst), ou même avec un rein flottant.

Les DOULEURS sont le plus généralement localisées à droite.

Nous n'avons pas remarqué une fréquence particulière de la *diarrhée*, qui passe pourtant classiquement pour un excellent symptôme des cancers coliques droits, mais que l'on doit peut-être réserver au cancer du cæcum.

La présence de sang dans les selles n'a été notée que 7 fois ; sans doute, n'avait-elle pas toujours été recherchée. Elle a parfois été d'une abondance considérable, véritable hémorragie intestinale, comme dans l'observation de Jaboulay et Gauthier.

Les COMPLICATIONS DU CANCER DE L'ANGLE DROIT sont les mêmes qu'au niveau du côlon transverse. La proportion de l'*occlusion* est presque identique : 11 % au lieu de 12 %. Les *abcès* s'y voient aussi (Jean-L. Faure, Tuffier, Gangolphe), et même les *perforations diastatiques* (Laquierre, Lévy et Roux-Berger).

CANCER de l'ANGLE GAUCHE

Le cancer de l'angle gauche ne ressemble en rien au cancer de l'angle droit ; sans doute, certains signes fonctionnels et physiques leur sont-ils communs et avec une égale fréquence : constipation, diarrhée, sang dans les selles, douleurs. Mais, il est, au niveau de l'angle gauche, une complication tellement fréquente qu'elle devient une véritable forme clinique : c'est l'*occlusion* intestinale.

La FORME OCCLUSIVE. — « L'occlusion peut être l'aboutissant d'une longue révolte de l'intestin contre l'obstacle qui s'oppose à la circulation des matières. Ce peut être aussi le premier symptôme par lequel se révèle un cancer de l'intestin jusque-là latent ou à peine signalé par une légère constipation » (Jouffray). C'est sans cause appréciable que l'occlusion éclate, et cela particulièrement pour un cancer de l'angle gauche. Cette forme occlusive existe dans 68 de nos observations, donc dans 46 % des cas.

La FORME GASTRIQUE ne présente pas une fréquence particulière ; nous l'avons trouvée rarement signalée (Quénu, Souligoux, Denk), faisant penser à un néoplasme non orificiel de l'estomac, jusqu'à ce qu'apparût du clapotage cæcal, qui signalait la présence d'un obstacle sur le gros intestin.

La FORME STÉNOSANTE est évidemment, avec la forme occlusive vraie, la plus fréquente. Nous ne voulons pas la décrire à nouveau.

Petit et Merle ont publié une observation d'ANÉMIE PERNICIEUSE PROGRESSIVE au cours d'un cancer de l'angle gauche.

La TUMEUR est rarement perçue au niveau de l'angle gauche, profondément et haut situé dans l'abdomen. Quand on la sent, c'est généralement une tumeur grosse comme un poing, peu mobile, sous l'arc costal gauche, faisant penser parfois à un cancer

du rein (Bilton-Pollard). C'est seulement dans 25 de nos observations, c'est-à-dire dans 17,2 % des cas, que nous trouvons signalée la tumeur comme symptôme d'un cancer de l'angle gauche.

Les DOULEURS n'ont pas de caractère particulier; elles peuvent égarer le diagnostic vers une crise douloureuse due à un rein flottant, comme dans l'observation de Bilton-Pollard, d'autant que la région rénale était douloureuse et qu'il existait une tumeur à gauche de l'ombilic.

Les COMPLICATIONS sont les mêmes qu'ailleurs. Les *perforations diastatiques* sont fréquentes. 10 fois elles étaient au niveau du cæcum, 1 fois au niveau de la dernière anse iléale. Les *abcès*, au contraire, présentent un caractère particulier. Gangolphe, dans la thèse de Viallet, et plus récemment Pauchet, ont publié des observations où le malade se présentait avec tous les symptômes d'une suppuration de la région lombaire. L'attention est attirée depuis longtemps déjà sur ces phlegmons, qui se font jour dans la fosse lombaire et qui sont si souvent d'origine intestinale. Dans une de nos observations, la symptomatologie de l'abcès périnéoplasique revêtait l'allure d'un abcès sous-phrénique consécutif à une perforation d'ulcère de l'estomac.

Une observation de fistule gastro-côlique a été publiée par Denk.

DIAGNOSTIC

Nous ne voulons pas envisager dans ce paragraphe toute la liste des affections avec lesquelles un cancer du côlon transverse ou de ses angles a pu être confondu. Nous voulons simplement montrer que, une fois établi le diagnostic de lésion du côlon transverse, la cause de cette lésion peut, dans des cas d'ailleurs très rares, ne pas être un cancer, mais une pseudo-tumeur inflammatoire, un ulcère simple du gros intestin, une lésion tuberculeuse ou enfin un rétrécissement syphilitique.

a) LES TUMEURS INFLAMMATOIRES. — Elles sont bien connues, mais il faut avouer que leur diagnostic n'est jamais fait que rétrospectivement. Lambret a rapporté l'histoire d'un homme de 40 ans, qui présentait, avec de la perte des forces, des coliques, de la tension abdominale, une tumeur abdominale plus grosse que le poing. L'intervention montra qu'il s'agissait d'une énorme tumeur du côlon transverse. L'extirpation fut jugée impossible. Lambret se contenta de pratiquer une iléo-sigmoïdostomie. La tumeur disparut en trois semaines et le malade resta parfaitement guéri. Nous avons le souvenir d'une malade observée dans le service de notre maître, M. Cotte, et qui était atteinte d'une énorme tumeur du flanc droit, qui fut d'abord prise pour un cancer du rein et fut finalement rattachée au côlon droit. A l'intervention, on ne put rien faire

autre qu'une opération palliative. La tumeur diminua rapidement de volume et la guérison fut obtenue.

b) L'ULCÈRE SIMPLE DU GROS INTESTIN. — C'est une affection extrêmement rare. Quénu et Pierre Duval en ont réuni 31 observations, dont 1 du côlon transverse, 2 de l'angle droit et 4 de l'angle gauche. Cette affection, dans sa forme chronique, qui s'accompagne de constipation, de douleurs et d'hémorragie intestinale, pourrait évidemment être confondue avec un cancer.

c) LA TUBERCULOSE DU GROS INTESTIN. — Elle est exceptionnellement localisée au niveau du côlon transverse (Bérard et Patel). C'est plus souvent à l'angle gauche que les lésions se localisent (Kümmel, Kœnig, Eiselsberg). Le plus souvent, la tuberculose donne lieu à des tumeurs multiples et présente d'une façon presque constante une localisation ano-rectale.

d) LE RÉTRÉCISSEMENT SYPHILITIQUE DU GROS INTESTIN, s'il est évidemment fréquent et très connu au niveau du rectum, passe pour être très rare sur le reste du gros intestin. Nous n'en avons pas trouvé d'observation pour le côlon transverse.

e) Il reste enfin à envisager une autre cause de sténose du côlon transverse, qui se révèle par l'occlusion aiguë et dont le diagnostic étiologique est

impossible à faire cliniquement. Ce sont les OCCLUSIONS PAR BRIDES PÉRI-CÔLIQUES, dont Quénu, Walther ont publié des observations. Il s'agit de véritables brides formées par des franges épiploïques qui, sur le côlon transverse, viennent adhérer par leur extrémité libre au feuillet inférieur du grand épiploon et enserrrent ainsi le gros intestin d'une bride inextensible, d'une véritable ficelle (Quénu).

De même, les OCCLUSIONS PAR COUDURE DE L'ANGLE CÔLIQUE GAUCHE peuvent se rencontrer. Les côlons transverse et descendant sont accolés en canon de fusil et un éperon énorme fait saillie dans la lumière cœlique. La cause de l'occlusion réside dans les adhérences qui immobilisent l'angle cœlique et non pas dans la disposition angulaire elle-même (Patel).

CHAPITRE V

ÉTUDE RADIOLOGIQUE

Nous avons insisté sur l'importance considérable de la radioscopie et de la radiographie pour le diagnostic de cancer du côlon transverse. Cet examen est absolument indispensable à pratiquer ; il permet, dans presque tous les cas, de préciser le siège de la sténose. Mais il faut connaître toutes les images diverses que l'on peut rencontrer. Il faut souvent ne pas se contenter d'un seul examen, être patient, et il est bien rare qu'ainsi les sténoses cancéreuses puissent passer inaperçues.

L'examen radiologique peut se pratiquer sur des malades en occlusion ou sur des malades qui ne présentent pas de signes d'occlusion.

Nous nous sommes beaucoup servi, pour la rédaction de ce chapitre, du très important article de Bensaude et Guénaux, paru dans les Archives des maladies de l'appareil digestif, auquel nous avons

emprunté non seulement quelques figures très caractéristiques, mais encore les grandes lignes de ce paragraphe.

1. — Examen d'un malade en occlusion

Cet examen peut se faire soit sans préparation préalable, soit après l'administration d'un repas opaque.

a) *Sans préparation préalable.*

Cet examen permet de rendre appréciables à la vue les deux signes physiques essentiels d'une occlusion intestinale : le météorisme et l'accumulation des liquides dans les anses intestinales ; on constate la présence d'une *image gazeuse ou hydro-gazeuse*, que nous décrirons dans le paragraphe suivant.

b) *Après repas opaque.*

Le repas opaque permet de rendre beaucoup plus nettes les images fournies à l'écran par un examen sans préparation préalable. On constate le séjour prolongé du repas dans les segments intestinaux situés en amont de la sténose. De plus, ces segments sont distendus par le repas et leur contenu offre l'aspect typique d'une collection hydro-gazeuse.

Donc, on fera ingérer un repas baryté au malade et on l'examinera à l'écran entre la sixième et la huitième heure après l'ingestion. C'est à ce moment seulement que la colonne barytée pénètre dans le

gros intestin ; à la dixième heure, elle atteint l'angle splénique.

a) IMAGE GAZEUSE. — L'image gazeuse est normale sur le gros intestin ; les gaz s'accumulent de préférence aux angles et surtout à l'angle gauche, qui est le point le plus élevé du côlon : on voit là des zones claires très apparentes.

Quand il y a occlusion, le contenu gazeux s'accroît considérablement. Pour une sténose siégeant sur l'angle droit, on trouvera une énorme poche gazeuse, occupant la place du cæcum ou du cæcum et du côlon ascendant ; la clarté de cette image est accentuée par le contraste que présente avec elle l'ombre épaisse du foie située immédiatement au-dessus.

Si la sténose siège au niveau du côlon transverse ou de l'angle gauche, on trouvera la même poche gazeuse, mais plus étendue ; les sillons côliques représentés par les bandelettes musculaires du gros intestin se détachent en noir sur ce fond clair, et entre eux se dessinent les bosselures caractéristiques du côlon.

b) IMAGE HYDRO-GAZEUSE. — Quand il y a occlusion, les matières intestinales sont maintenues presque liquides par l'accumulation des sécrétions intestinales et par l'arrivée constante du chyme de l'intestin grêle. En même temps, les gaz s'y accumulent. On voit donc à l'écran une collection hydro-gazeuse, caractérisée par un niveau liquide situé au-dessous

d'une accumulation de gaz. L'examen sera pratiqué le malade debout ; on mettra ainsi facilement en évidence la nature liquide du niveau en lui imprimant des oscillations par la palpation.

On voit, pour un cancer du côlon transverse, un seul niveau, qui siège dans le cæcum et qui parfois (fig. IV), occupe aussi le côlon ascendant et une

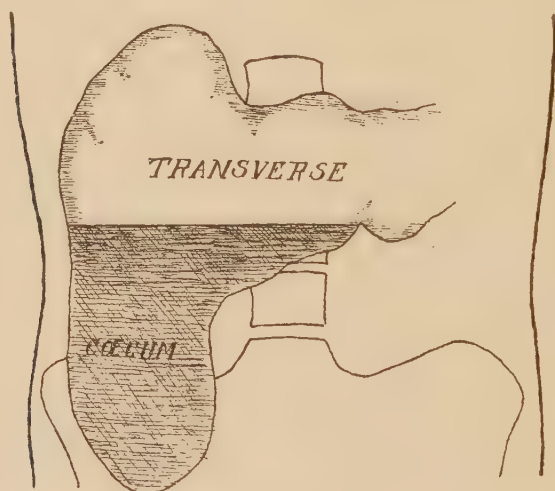


Figure 4.

Cancer du côlon transverse.

Image hydro-gazeuse (d'après BENSAUDE et GUÉNAUX).

partie du transverse. On peut aussi voir un second niveau non teinté par le bismuth, dans le côlon descendant, niveau dû au liquide accumulé en-dessous de l'obstacle. Un fait est remarquable : c'est que le niveau liquide oscille sous les contractions de la paroi intestinale.

c) ***Après lavement opaque.***

Le repas opaque présente un gros inconvénient : un malade en occlusion aiguë ou même subaiguë n'est pas toujours en état de l'ingérer, alors que, souvent, il tolère bien le lavement. L'émulsion injectée s'arrête nettement au niveau de l'obstacle et l'image du segment intestinal rempli par le liquide opaque vient s'ajouter à l'image gazeuse en amont de l'obstacle.

Il faut signaler aussi que le lavement pourra être donné par un anus cæcal pratiqué au cours d'une crise d'occlusion aiguë.

2. — **Examen d'un malade
sans signes d'occlusion**

C'est surtout en l'absence de signes d'occlusion qu'on est amené à pratiquer un examen radiologique. Il n'est pas douteux qu'on hésite, chez un malade en occlusion, à faire un examen qui retarde de 8 ou 10 heures une intervention souvent très urgente.

a) ***Examen avec lavement opaque.***

On administrera la veille au malade un ou deux lavements pour évacuer la partie terminale du gros intestin. Il faut aussi mettre, pendant plusieurs jours, le malade à un régime alimentaire qui laisse peu de déchets.

L'examen avec lavement opaque se fait après l'administration du lavement et surtout pendant la pénétration du lavement. Le malade est dans le décubitus dorsal, attitude qui ne fatigue pas et qui

se prête à la prise de radiographies successives au cours de l'introduction du lavement. Celui-ci sera donné sous faible pression, de façon lente et progressive. Il faut s'arrêter si le malade accuse une vive douleur, signe qui manifeste l'arrivée de la colonne opaque au niveau d'un néoplasme.



Figure 5.
Cancer de l'angle gauche, arrêt du lavement.
(d'après BENSAUDE et GUÉNAUX.)

Avec Bensaude et Guénaux, nous distinguerons trois cas possibles :

a) *Le lavement rencontre un obstacle qu'il ne parvient pas à franchir ;*

b) *Le lavement subit un temps d'arrêt, puis finit par continuer son trajet, en donnant quelquefois une image anormale au niveau de l'obstacle ;*

c) *Le lavement ne subit pas d'arrêt.*

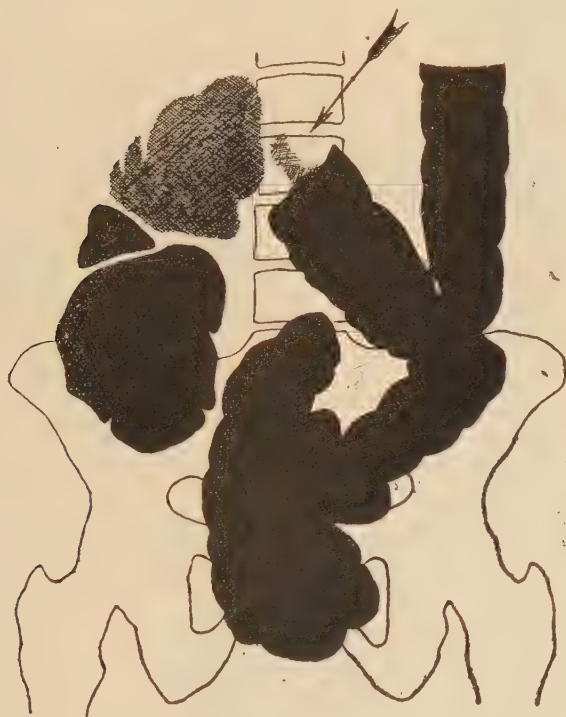


Figure 6.

Cancer du côlon transverse, image en flamme de bougie.
(d'après BENSAUDE et GUÉNAUX.)

a) LA COLONNE OPAQUE INTERROMPT BRUSQUEMENT
SA COURSE

C'est un signe de valeur indiscutable.

— Quand l'arrêt est permanent et quand il persiste malgré l'augmentation de pression du liquide in-

jecté, le massage sous l'écran du segment intestinal où a lieu l'arrêt et les mouvements respiratoires forcés.

— Quand la pression exercée par le liquide au point d'arrêt provoque une douleur vive, avec envie impérieuse d'aller à la selle.

— Quand, au point d'arrêt, se superpose une tumeur ou une zone douloureuse déterminée par la palpation.

A son point d'arrêt, la colonne opaque peut former un entonnoir ou dessiner une ligne irrégulièrement dentelée (fig. V) ou encore tracer une ligne droite. On voit aussi parfois la colonne opaque envoyer au delà du point d'arrêt un prolongement plus ou moins ombré qui rappelle la flamme d'une bougie, la colonne opaque représentant la bougie (fig. VI).

*b) LE LIQUIDE, APRÈS UN TEMPS D'ARRÊT,
FINIT PAR FRANCHIR L'OBSTACLE*

L'ombre intestinale peut alors ne rien révéler d'anormal ; ou bien son aspect s'éloigne de l'image habituelle, mais pas assez nettement pour donner lieu à une interprétation facile ; on voit l'ombre s'atténuer très sensiblement à partir du point où s'est produit l'arrêt momentané.

Plus rares et bien plus significatifs sont les cas où un segment de l'intestin présente une *image lacunaire* : soit *lacune totale*, intéressant tout le calibre de la portion cancéreuse, soit *lacune latérale* (fig. VII), sorte d'encoche claire sur l'ombre intestinale,

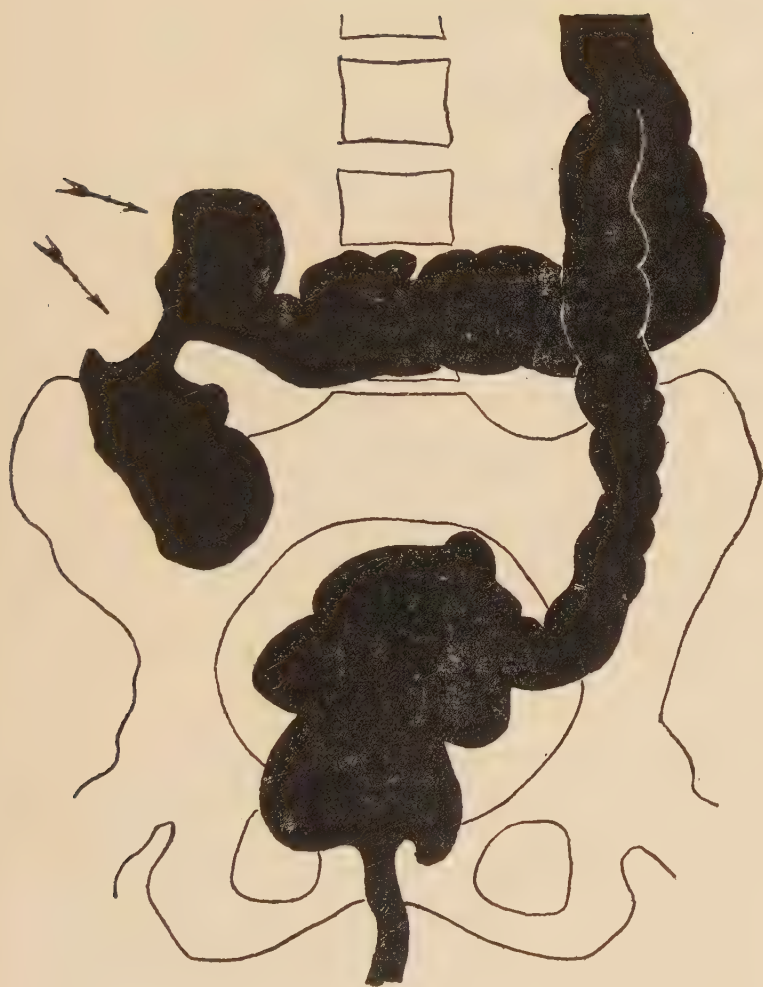


Figure 7.
Cancer de l'angle droit, image lacunaire.
(d'après Bensaude et Guénaux.)

soit *lacune circulaire* diminuant le calibre de la colonne opaque sur un certain parcours en la réduisant à un mince filet plus ou moins régulier traduisant l'existence d'un rétrécissement annulaire.

L'arrêt du lavement, avec ou sans lacune, s'accompagne de signes importants : la distension et les contractions des parois intestinales. Après l'injection du lavement, on peut voir se distendre de façon excessive tout ou partie du segment compris entre la tumeur et l'anus. L'existence de la sténose peut encore se traduire par des ondes contractiles (fig. VIII).

De plus, il faut, sous l'écran, assister à l'évacuation du lavement. On peut voir se vider toute la portion de l'intestin située au-dessous de la tumeur, les autres segments restant injectés ; cette rétention des matières au-dessus des parties évacués est un signe doublement précieux, puisqu'elle décèle la sténose et en indique le siège.

c) LE LAVEMENT NE SUBIT PAS D'ARRÊT

C'est le cas le plus difficile ; il est heureusement rare. Lorsqu'il ne se forme aucune image anormale, le radiologiste n'est pas autorisé à rejeter l'existence d'un néoplasme. L'absence d'image peut tenir au petit volume de la tumeur, à sa situation latérale ou à son développement extrinsèque.

C'est dans ces cas-là qu'il faut faire un examen très attentif, car, malgré l'absence d'arrêt, le lavement peut dessiner une image lacunaire parfois très petite et par suite d'autant moins perceptible.

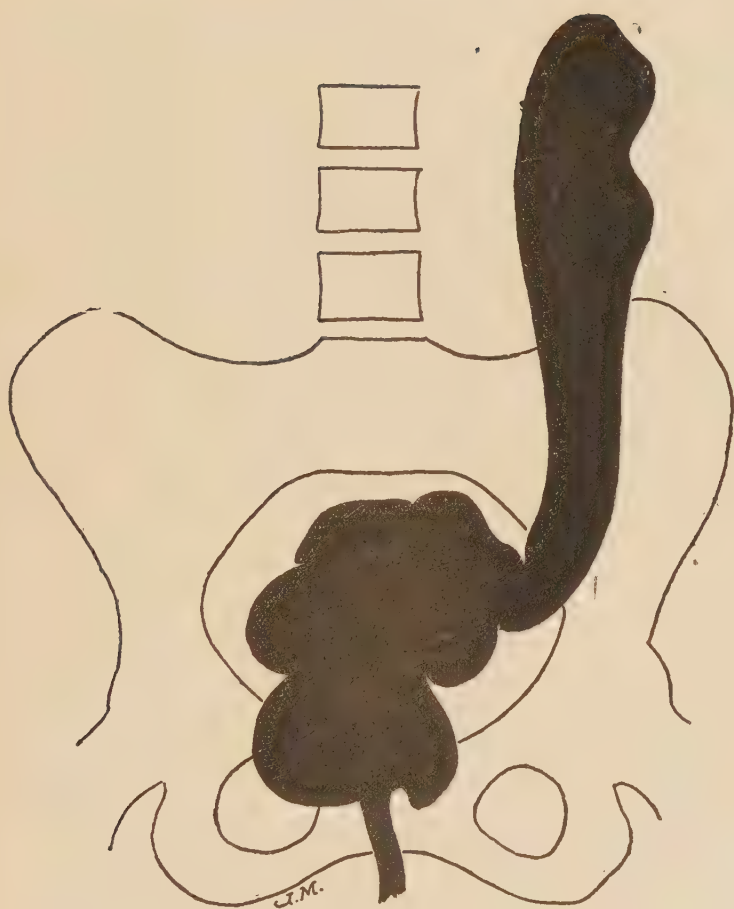


Figure 8.

Cancer de l'angle gauche,
contraction péristaltique sous-néoplasique.
(d'après BENSUADE et GUÉNAUX.)

b) Examen avec repas opaque.

Cet examen donne les mêmes signes que ceux fournis par le lavement, mais avec quelques variantes.

a) L'ARRÊT DU REPAS. — Il peut se produire loin de l'endroit sténosé, quand il y a accumulation de matières fécales. Tout arrêt peut manquer quand la tumeur présente une disposition en clapet.

b) LE REPAS PEUT MONTRER UNE LACUNE. — Mais la perception de cette lacune n'a de valeur que pour la moitié droite du gros intestin. En effet, les matières fécales forment là une colonne continue avec un minimum d'incisures et d'interruptions, ce qui rend plus facile la perception d'une image lacunaire et laisse peu de doutes sur sa nature. A partir de la moitié droite du transverse, le repas ne parvient pas à distendre et à mouler la cavité du gros intestin.

c) Avec le repas, on peut enfin constater des CONTRACTIONS PÉRISTALTIQUES.

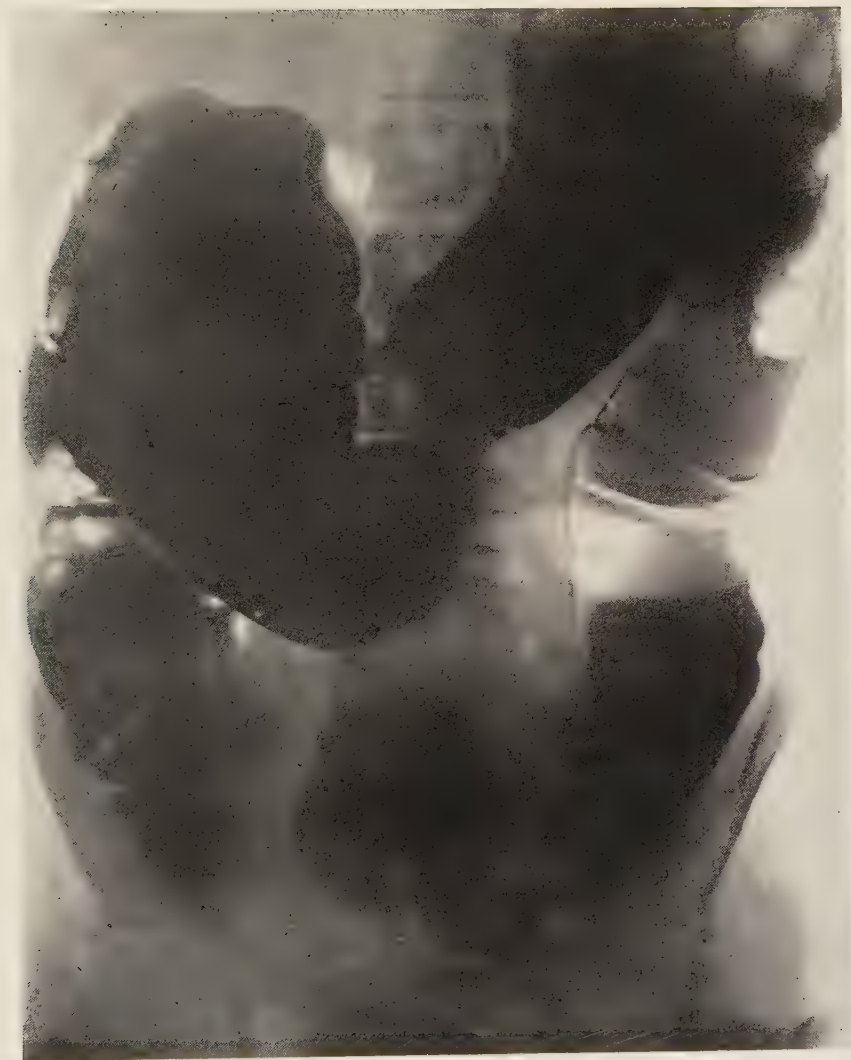
Donc, tous les signes donnés par le repas opaque se juxtaposent à ceux donnés par le lavement. Les deux méthodes doivent donc être employées, non pas séparément, mais simultanément. On commencera par l'administration du repas et on n'injectera le lavement qu'une fois l'arrêt du repas constaté.

PLANCHE IV



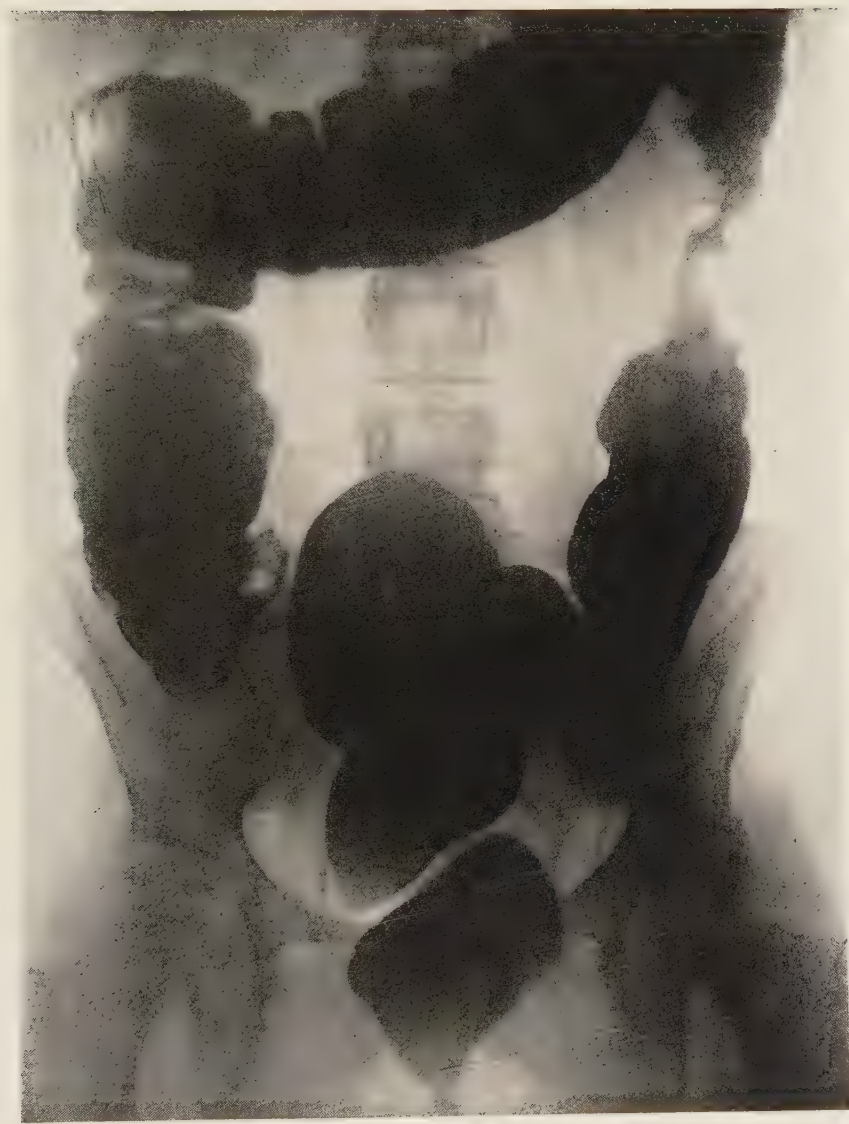
Cancer de la partie moyenne du colon transverse.

PLANCHE V



Cancer de la partie moyenne du colon transverse

PLANCHE VI



Cancer de l'angle gauche et du colon descendant.

Pour l'angle droit, le repas donne des renseignements précieux : la colonne opaque forme encore un tout.

Pour le côlon transverse et l'angle gauche, c'est le lavement surtout qui est utile ; les images fournies par le repas perdent leur netteté et cèdent le pas aux aspects donnés par le lavement.

3. — Diagnostic différentiel

Tous les signes que nous venons d'indiquer montrent que la circulation des matières dans le gros intestin se fait mal, mais n'indique pas la nature de l'obstacle.

a) IL PEUT Y AVOIR COMPRESSION EXTÉRIEURE DU GROS INTESTIN. — Bensaude rapporte l'observation d'un malade chez qui deux examens par lavement montrèrent au même endroit, sur le côlon transverse, un arrêt passager accompagné d'un aspect vaguement lacunaire. Ce malade, opéré par Hartmann, fut trouvé porteur d'un kyste du rein droit.

Nous nous rappelons l'observation d'une malade soignée dans le service de notre maître, M. le Professeur Tixier. Elle avait été envoyée pour des phénomènes d'obstruction intestinale et le lavement opaque indiquait un arrêt très net des matières au niveau de l'angle gauche. On pouvait penser à un cancer de l'angle splénique ; il s'agissait en réalité d'une *très volumineuse hydronéphrose*, comme le montra le cathétérisme des uretères.

Dans ces cas-là, on doit arriver à lever toute hésitation en examinant le malade dans des positions différentes. On arrivera aussi au diagnostic exact quand on pourra séparer par la palpation la tumeur et l'intestin.

b) Le malade peut se présenter avec une TUMEUR ABDOMINALE. — En repérant la tumeur avec un index métallique, et en donnant ensuite le lavement opaque, on fera facilement le diagnostic.

c) LA TUBERCULOSE PÉRITONÉALE peut aussi provoquer des adhérences qui enserrant le côlon et donner une image caractérisée par de grandes accumulations gazeuses, avec des îlots d'ombre au milieu de la zone claire des gaz.

d) DANS LES STÉNOSES TUBERCULEUSES. — Le lavement opaque montre, dans les cas accentués, une lacune circulaire circonscrivant une ombre étroite. Cette image de tuyau à mince lumière et à parois épaisses est analogue à celle d'une sténose cancéreuse, mais elle s'étend généralement sur un plus long trajet.

e) DANS LES STÉNOSES SPASMODIQUES. — L'image peut être confondue avec celle d'une sténose organique. Ces spasmes se voient surtout au niveau de l'union du premier et du deuxième tiers du côlon transverse ; la portion spasmée apparaît très rétrécie et effilée aux extrémités, parfois même filiforme.

Le diagnostic se fait par l'emploi successif du repas et du lavement ; le lavement arrive souvent à vaincre les spasmes fonctionnels peu accentués. Mais il est impuissant à déplisser entièrement les segments atteints de lésions anatomiques.

f) STÉNOSES PAR BRIDES, ADHÉRENCES ET COUDURES. — Les brides de l'angle hépatique jouent un rôle dans la constipation cæco-ascendante. On constate de la stase du repas opaque dans le cæcum et le côlon ascendant et surtout la fixité de l'angle hépatique. Les antécédents cliniques aideront à faire le diagnostic étiologique : vésicule, ulcus gastrique.

Dans les adhérences et les coudures de l'angle cœlique gauche, le diagnostic est véritablement très difficile, parfois même impossible.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Dans ce chapitre, nous étudierons :

- 1° Les méthodes opératoires,
- 2° Leurs résultats,
- 3° Leurs indications.

1. — LES MÉTHODES

Le nombre des méthodes chirurgicales qu'on a voulu pratiquer pour le traitement du cancer du gros intestin et qui, toutes, peuvent trouver leurs indications au niveau du côlon transverse, est considérable : méthodes diverses, de principe très différent, qui s'opposent les unes aux autres. On en a proposé des classifications variables. Nous croyons que celle d'Okinczyc est la meilleure ; il l'a exposée en détails au Congrès de Chirurgie de 1922 ; c'est aussi celle de nos maîtres ; c'est celle que nous suivrons.

Le traitement vise à enlever le cancer, donc à pratiquer une colectomie. Cette colectomie, et c'est là la division principale des méthodes, peut se faire avec ou sans dérivation.

1° *Sans dérivation, c'est la colectomie avec entérorraphie immédiate : colectomie segmentaire, hémi-colectomie ou colectomie sub-totale.*

2° *Avec dérivation, la colectomie peut être très diverse, suivant que la dérivation interne ou externe est préalable à la colectomie ou lui est contemporaine.*

1. — La colectomie sans dérivation avec entérorraphie immédiate

a) *La colectomie idéale économique.*

C'est l'opération de Reybard ; la colectomie est segmentaire ; on enlève le segment intestinal, où se trouve la tumeur, et l'on rétablit immédiatement la continuité intestinale par une entérorraphie termino-terminale, latéro-latérale, ou termino-latérale.

a) AU NIVEAU DU CÔLON TRANSVERSE

On pratiquera une laparotomie sus-ombilicale médiane, complétée, si besoin est, par un branchement horizontal.

De part et d'autre de la tumeur, décollement côlo-épiplooïque, pour mobiliser aisément le transverse. Deux sections verticales allant jusqu'à la grande courbure de l'estomac (on lie la gastro-épiplooïque) limitent la partie de l'épiploon, qui demeurera solidaire de la tumeur. Dépouillement à la compresse

de la grande courbure, pour désinsérer le grand épiploon. Faire porter les points de section à au moins 5 centimètres de la tumeur. Résection de la tumeur. Section et hémostase du méso. Le plus souvent, on pratiquera une anastomose termino-terminale ; certains auteurs préfèrent la latéro-latérale. On veillera à ce qu'il n'y ait aucune traction, sinon on n'hésitera pas à gagner de l'étoffe vers la gauche, en mobilisant l'angle splénique.

On devra toujours prendre quelques autres précautions : *ne pas employer d'écraseur*, s'assurer que les bouts intestinaux sont bien *congruents*, et que, suivant le conseil de Desmarest, *ils saignent*. Pour la suture, il faudra employer une *aiguille fine* ; il n'est pas nécessaire de faire trois plans, deux suffisent, à condition qu'ils soient bien faits.

Enfin, comme l'a dit Pauchet, il faut se rappeler que la *suture termino-terminale est fragile* : il faut la fixer près de la plaie pariétale ; une fistule stercorale en est la conséquence, mais elle se ferme seule. Enfin, on pourra employer, pour finir, la technique que Chaton a préconisée récemment et dont M. Desgouttes s'est servie avec succès : *mettre une mèche de gaze au contact de la suture*. On se donne ainsi une sécurité de plus.

b) AU NIVEAU DE L'ANGLE GAUCHE

L'important est d'y voir clair. Pour cela, on pratiquera soit l'incision de Chevassu, soit l'incision de Desmarest (fig. IX).

Chevassu préconise une incision qui part de la terminaison du dixième espace intercostal, en passant au ras de la pointe de la onzième côte et coupe le flanc parallèlement aux fibres du grand oblique. On tombe alors, soit sur une anse mobile, qui est la fin du transverse, soit sur anse fixe, qui est l'origine du côlon descendant. De toute façon, le côlon juxta-splénique est là, pour ainsi dire, sous la peau.

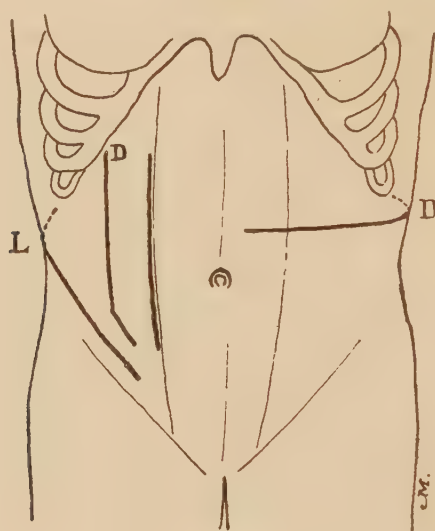


Figure 9.

L, incision de LECÈNE.

D, incision de DESMAREST.

Nous croyons préférable, après l'avoir expérimentée plusieurs fois sur le cadavre, de pratiquer comme *Desmarests*, une incision de Sprengel à gauche ; le malade, et c'est là le point essentiel, reposant sur un support de Pillet placé dans la région dorsale.

Il faut libérer l'angle gauche. La clef de cette libération est le ligament phréno-côlique. Pour bien voir, on fait d'abord le décollement côlo-épiplooïque dans toute la moitié gauche du transverse. On voit le ligament, on le coupe entre deux pinces, puis on pratique le décollement côlo-pariétal gauche et on libère ainsi la tumeur de bas en haut.

Pour le reste, la technique est la même qu'au niveau du côlon transverse.

b) L'Hémi-colectomie droite.

Avec rétablissement de la continuité intestinale par anastomose iléo-côlique.

Plusieurs incisions ont été proposées : soit une incision partant de la pointe de la onzième côte, pour se rendre, parallèlement aux fibres du grand oblique, jusqu'à la partie basse de la fosse iliaque (*Lecène*), soit une incision descendant verticalement de la pointe de la dixième côte et se recourbant parallèlement à l'arcade de Fallope, pour venir se terminer à un travers de doigt environ du bord externe du muscle droit (*Desmarest*). On peut plus simplement se contenter soit d'une *laparotomie médiane*, soit d'une *laparotomie le long du bord externe du muscle grand droit*.

Il faut repérer la tumeur, se rendre compte de ses adhérences. Si le cancer est adhérent à la paroi abdominale antérieure, il faut se porter au-dessus et au-dessous, pour ouvrir le ventre sans danger.

Pratiquer le décollement côlo-épiplooïque depuis l'angle droit jusqu'à la partie moyenne du côlon transverse.

Faire le clivage rétro-péritonéal du cæcum et du côlon ascendant, en suivant la technique que Pierre Duval a décrite pour le côlon pelvien. Se méfier, en arrière des vaisseaux spermatiques, de l'uretère. Prendre garde à la face antérieure du duodénum et se rappeler que bien des tumeurs de l'angle droit et de la partie droite du côlon transverse adhèrent parfois de façon très intime au pancréas. Les hémorragies du tissu pancréatique sont très difficiles à arrêter ; il faudra donc aller avec beaucoup de douceur dans la libération de la face antérieure de la tête du pancréas.

Enfin, pratiquer la section intestinale : l'iléon à 10 centimètres du cæcum, le transverse au large de la tumeur, à l'union du tiers moyen et du tiers droit s'il s'agit d'un cancer de l'angle droit, au milieu et même sur la partie gauche du transverse, si le cancer siège sur la partie droite.

On termine par l'ANASTOMOSE ILÉO-CÔLIQUE. Doit-on pratiquer une iléo-transversostomie ou bien préférer à cette dernière l'iléo-sigmoïdostomie ?

Toutes les fois que la chose sera possible, c'est-à-dire toutes les fois qu'on aura l'impression que l'anastomose ne tire pas, il faudra pratiquer l'*anastomose iléo-transverse*. Elle est plus physiologique et, d'autre part, elle évite de laisser dans la cavité abdominale toute une portion du gros intestin constituée par la partie gauche du côlon transverse, l'angle gauche et le côlon descendant, qui forment un cul-de-sac volumineux qui, sans doute, peut s'atrophier, mais qui, dans bien des cas, a été la cause de

troubles fonctionnels assez graves pour justifier une nouvelle intervention.

On ne pratiquera l'iléo-sigmoïdostomie que dans les cas où l'anastomose iléo-transverse semblera devoir être défectueuse.

Cette anastomose iléo-côlique sera latéro-latérale, termino-latérale ou termino-terminale, et sera pratiquée soit à la suture, soit au bouton. On peut employer le bouton de Villard ; il est excellent. Notre maître, M. le Professeur Patel, conseille l'emploi du bouton de Jaboulay, la branche mâle étant posée sur le grêle, la branche femelle étant mise sur le côlon, au niveau d'une bande longitudinale. Il estime ce procédé beaucoup plus sûr. On peut d'ailleurs toujours utiliser les appendices épiploïques pour protéger la suture et la sécurité est ainsi plus grande au moment de la chute du bouton. Il ne faut pas omettre en pratiquant l'anastomose de bien dégraisser la surface séreuse du côlon et de faire porter l'union du grêle avec le gros intestin, loin de toute frange graisseuse.

Pratiquée à la suture, l'anastomose iléo-colique devra être latéro-latérale. Pratiquée au bouton, elle sera termino-latérale.

Il ne restera plus qu'à péritoniser, ce qui n'est pas toujours facile. Si la péritonisation est impossible, il ne faut pas hésiter à drainer, par un gros drain placé dans la région lombaire.

Fermeture totale de la paroi, en 3 plans.

c) **La colectomie sub-totale ou totale.**

Avec rétablissement de la continuité intestinale, par iléo-sigmoïdostomie.

La technique est celle d'une hémicolectomie prolongée jusqu'au niveau du côlon pelvien. Il faudra compléter le décollement colo-épiploïque, décoller le côlon ascendant et le côlon pelvien et terminer par une iléo-sigmoïdostomie.

Nous ne faisons que signaler la possibilité de pratiquer une *colectomie sous-cæcale* avec cæco-sigmoïdostomie (*Lardennois*) dont les avantages semblent plus théoriques que réels.

2. — La colectomie avec dérivation

La dérivation peut être externe ou interne, préalable à la colectomie, ou contemporaine de la colectomie. Nous ne voulons pas nous perdre dans le dédale de toutes les interventions pratiquées ou praticables qui entrent dans le cadre de la colectomie avec dérivation. Nous n'envisagerons que les deux grandes interventions suivantes, que l'on fait au niveau du côlon transverse.

a) La colectomie avec dérivation par extériorisation.

b) La colectomie économique ou étendue, après dérivation externe ou interne.

a) **L'extériorisation.**

Avec *Abadie* et *Okinczyc* nous définissons l'extériorisation « la manœuvre qui, à quelque moment que

l'on doit ensuite faire la résection, consiste à attirer hors du ventre la tumeur et son anse, préalablement mobilisées, et à rétablir, au-dessous, la continuité du péritoine pariétal. De la sorte, anse et tumeur sont bien extériorisées, grâce à quoi, toutes les méthodes opératoires ultérieures se passeront à l'extérieur de la cavité péritonéale, ce qui est le but poursuivi ».

La technique de l'extériorisation n'est pas uniforme. Il y a plusieurs procédés. Mais le principe d'extérioriser la tumeur est le même : *c'est le principe de HOCHENEGG*, que cet auteur a été le premier à appliquer.

Nous citons, pour mémoire, l'extériorisation sans résection primitive, en coin du mésentère (procédé de *Reclus, Bloch et Hochenegg*) ; ces procédés, ne s'occupant pas du territoire ganglionnaire, sont mauvais et doivent être abandonnés.

Il faut envisager 3 types de colectomie avec extériorisation.

1° EXTÉRIORISATION, RÉSECTION IMMÉDIATE AVEC DÉRIVATION DE SURETÉ IMMÉDIATE, MAIS RÉTABLISSEMENT PARTIEL DE LA CONTINUITÉ INTESTINALE (*Procédé de Volkmann, Bouilly*).

L'anse est attirée hors de l'abdomen, le mésentère est réséqué triangulairement et les deux bouts de la section suturés l'un à l'autre. On ferme le péritoine pariétal aux extrémités de l'incision et autour des deux bouts coliques. Ceux-ci sont rapprochés en canon de fusil puis leurs sections, suturées l'une à l'autre sur leurs moitiés postérieures, leurs moitiés

antérieures étant suturées à la peau, d'où anus in situ.

2° EXTÉRIORISATION ET RÉSECTION IMMÉDIATE AVEC DÉRIVATION DE SURETÉ SANS RÉTABLISSEMENT AUCUN DE LA CONTINUITÉ (*Procédé de Hartmann*).

L'anse, une fois attirée hors de l'abdomen, le méso est coupé triangulairement et les artères coupées, sauf l'arcade marginale. On rapproche, par un surjet, l'anse afférente plus longue et l'anse efférente plus courte ; surjet assez long pour que l'anse, une fois fixée au dehors du ventre, la moitié du surjet demeure intra-abdominale. L'anse, ainsi disposée en canon de fusil, est fixée à la plaie abdominale par un surjet séro-séreux circulaire, puis le péritoine est fermé au-dessus et au-dessous. Le bout efférent est lié, écrasé et sectionné près de la paroi abdominale. Le bout afférent est sectionné loin de la plaie pariétale et lié sur un tube de Paul, qui assure l'écoulement des matières.

3° EXTÉRIORISATION ET RÉSECTION DIFFÉRÉE AVEC DÉRIVATION IN-SITU (*Procédé de Mickulicz, Quénu*).

a) *La technique de Mickulicz* est la même que celle de Hartmann ; elle diffère, par ce point fondamental de la résection secondaire et retardée de la tumeur.

b) *La technique de Quénu* est toute particulière. Elle peut nécessiter, au niveau du côlon transverse, une incision transversale de la paroi. Une fois l'anse attirée hors du ventre, et une fois isolé avec la tumeur le segment correspondant du grand épiploon,

on incise et on décolle chacun des deux feuillets du méso-côlon transverse et on les suture aux bords correspondants du péritoine pariétal, pour exclure de la grande cavité péritonéale le segment de l'intestin avec son méso. Puis on introduit, à l'aide d'une pince languette, une ou deux compresses entre le pédicule vasculo-ganglionnaire et le mur péritonéal néo-formé et, cela, le plus loin possible. On suture les lèvres du péritoine pariétal autour des anses afférente et efférente et on ferme le péritoine au-dessus et au-dessous. On peut placer un fil d'attente autour des vaisseaux du méso, au-dessous de la chaîne ganglionnaire, et cela facilite le second temps.

Au bout de 8 jours, on pratique la résection du néoplasme avec résection en coin du mésentère, suture des demies circonférences postérieures des deux bouts de l'intestin et abouchement des deux demies circonférences antérieures à la peau.

Comme on le voit, de ces trois type d'extériorisations, *deux ont le même principe fondamental : la résection immédiate de la tumeur* (Volkmann, Bouilly, Hartmann) ; le dernier, ne comporte la résection de la tumeur que dans un second temps, 6 ou 8 jours après l'extériorisation (Quénu et Mickulicz). Encore Mickulicz qui, dans une première période, ne réséquait la tumeur que 6 ou 8 jours après l'extériorisation, s'était-il mis à faire ce que Hartmann a préconisé : la résection immédiate.

Or, *la résection immédiate n'est pas exempte de danger.*

1° On connaît la tendance extraordinaire que le gros intestin extériorisé, et surtout son méso, possède à rentrer dans le ventre ; il y a comme *un appel de la cavité péritonéale* ; les bouts intestinaux courent donc le risque de réintégrer l'abdomen.

2° Seul, l'emploi du tube de Paul rend inoffensive cette manière de faire ; on peut, avec cette méthode, pratiquer l'exérèse de la tumeur, sans qu'aucune goutte du contenu intestinal souille la cavité abdominale ou la paroi. Mais, l'emploi du tube de Paul rend impossible la suture des demies circonférences postérieures des deux bouts de l'intestin après la formation d'un anus en canon de fusil, dont la cure est très difficile.

De plus, la suture des demies circonférences postérieures lâche très souvent ; elle est faite en milieu infecté et sa solidité n'est rien moins que précaire.

Donc, comme le fait très bien remarquer Pierre Cruet, « il y a un dilemme » : emploi des tubes de Paul mais anus de cure difficile ; suppression des tubes de Paul mais danger évident de péritonite ».

Nous croyons donc, et c'est l'avis de beaucoup de chirurgiens (Quénu, Patel, Cotte), qu'il *faut attendre au moins quelques jours pour pratiquer la résection de la tumeur.*

b) *La colectomie économique ou étendue après dérivation interne ou externe.*

Nous ne voulons pas en décrire la technique. Nous l'avons déjà indiquée à propos de la colectomie avec entérorraphie immédiate. Nous voulons seulement

indiquer quelques points de détails.

1° *Si l'on pratique une cæcostomie*, celle-ci doit être large, telle que la conseille Desmarest. Ce doit être un anus cæcal qui mette complètement au repos le segment cancéreux et permette les lavages intestinaux. (Desmarest, Okinczyc.)

2° *Si l'on pratique la dérivation interne*, ce peut être une simple entéro-anastomose ou une *exclusion uni-latérale* ; il faut alors, dans ce dernier cas, y adjoindre une fistule cæcale et cette fistulisation de l'anse exclue, permet le drainage de l'anse en rétention et la désinfection par les lavages.

3.— Procédés atypiques

Nous ne ferons que signaler des opérations plus complexes qui empruntent à chaque méthode. Elles associent la dérivation à distance (anus cæcal) à la dérivation in-situ, après extériorisation et résection colique. Dans un troisième temps, on fait la cure de l'anus ; dans un quatrième temps, on ferme la cæcostomie.

Restent enfin les opérations palliatives, qui s'appliquent à traiter, non pas le cancer lui-même, mais l'une de ses complications. Ce sont des opérations de dérivation.

Soit externe : anus cæcal,

Soit interne : iléo-colostomie ;
colo-colostomie.

2. — LES RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Nous exposerons successivement :

1° Les résultats des opérations palliatives.

2° Les résultats immédiats des opérations radicales.

3° Les résultats éloignés des opérations radicales.

Nous nous excusons d'avance d'ajouter encore une statistique à toutes celles publiées antérieurement.

Nous ne nous illusionnons pas sur la valeur de telles statistiques ; elle est faible, mais pourtant l'examen attentif des résultats des diverses opérations pratiquées permet d'en juger la valeur même si l'on n'attache pas une grande importance au pourcentage de bons résultats que l'on peut trouver.

Les opérations palliatives

a) **Cancer du colon transverse.**

29 opérations palliatives sur 182 observations.

Dérivation externe : 7.

5 morts immédiates.

2 survies de 4 mois.

Dérivation interne : 22.

5 morts immédiates.

7 survies de moins de 6 mois.

5 survies de 6 mois à 1 an.

3 survies de 1 an à 18 mois.

1 survie de plus de 2 ans (Santy).

1 survie de 5 ans (Perrin).

Une opération palliative peut donc, quand le cancer est jugé inextirpable, donner quand même au malade une survie appréciable qui a pu atteindre plus de 2 ans ou même 5 ans.

b) Cancer de l'angle droit.

25 opérations palliatives sur 101 observations.

Dérivation externe : 4.

3 morts immédiates.

1 survie de 2 ans et 1 mois (Anschütz).

Dérivation interne : 21.

7 morts immédiates.

8 survies de moins de 6 mois.

5 survies de 6 mois à 1 an.

1 survie de 27 mois (Terrier).

c) Cancer de l'angle gauche.

44 opérations palliatives sur 145 observations.

Dérivation externe : 23.

17 morts immédiates.

4 survies de 6 mois.

2 survies de 3 ans (Anschütz).

Dérivation interne : 13.

9 morts immédiates.

3 survies de 6 mois.

1 survie de 4 ans (Syms).

Dérivation externe suivie de dérivation interne : 8

6 survies minimales (moins d'un an).

1 survie de 21 mois.

1 survie de 3 ans 1/2 (Santy).

Résultats immédiats des opérations radicales

a) *Cancer du colon transverse.*

138 opérations radicales qui se décomposent ainsi :
53 colectomies économiques segmentaires avec entérorraphie immédiate.

21 colectomies étendues : hémicolectomie ou colectomie sub-totale.

52 colectomies avec dérivation :

32 extériorisations.

20 colectomies après dérivation externe ou interne.

12 colectomies avec gastrectomie que nous mettons à part parce qu'elles constituent un type opératoire tout à fait spécial et d'une gravité particulière.

Les 53 colectomies économiques à la Reybard, ont donné 15 *morts immédiates*, soit 28,30 %.

Les 21 colectomies étendues, ont donné 6 *morts immédiates*, soit 28,50 %.

Les 52 colectomies avec dérivation ont donné :

les 32 extériorisations : 7 *morts immédiates*,
soit 21,87 %.

les 20 colectomies après dérivation : 4 *morts immédiates*, soit 20 %.

Les 12 colectomies avec gastrectomie ont donné :
7 *morts immédiates*, soit 58,33 %.

Au total : 138 colectomies, avec 39 *morts*, soit 28,27 % de mortalité.

b) Cancer de l'angle droit.

66 opérations radicales qui se décomposent ainsi :

15 colectomies économiques à la Reybard, avec
5 *morts immédiates*, soit 33,33 %.

32 colectomies étendues, avec 11 *morts immédiates*,
soit 34,37 %.

19 colectomies avec dérivation, dont :

9 extériorisations, avec 3 *morts immédiates et*
2 *morts en 6 semaines*, soit 55,55 %.

10 colectomies après dérivation, avec 2 *morts*
immédiates, soit 20 %.

Au total : 66 colectomies, avec 20 *morts*, soit
30,30 %.

c) Cancer de l'angle gauche.

87 opérations radicales qui se décomposent ainsi :

15 colectomies économiques à la Reybard, avec
6 *morts immédiates*, soit 40 %.

2 colectomies étendues *sans mortalité opératoire*.

70 colectomies avec dérivation, dont :

27 extériorisations, avec 10 *morts*, soit 37,03 %.

43 colectomies après dérivation, avec 7 *morts*,
16,27 %.

Au total : 87 colectomies, avec 23 *morts*, soit 26,4 %.

Donc, la mortalité opératoire ne semble pas particulièrement élevée au niveau du côlon transverse et de ses angles, puisque nous obtenons un chiffre de 28,2 pour le transverse, 30,3 pour l'angle droit et 26,4 pour l'angle gauche. Une remarque s'impose pour ce dernier chiffre, qui paraît exceptionnellement bas.

Sur les 145 observations de l'angle gauche que nous avons pu réunir, la colectomie n'a été pratiquée que 87 fois, c'est-à-dire, dans 67 % seulement des cas, alors, que pour l'angle droit, l'opérabilité a été poussée à 65 % et, pour le côlon transverse, à 76 %.

Nous savons bien que ces chiffres n'ont pas la même valeur que s'ils portaient sur la statistique d'un même chirurgien ou seulement d'un même service hospitalier. On est pourtant frappé de l'énorme mortalité opératoire accusée dans certaines statistiques. Okinczyc, a publié, dans son rapport au Congrès de Chirurgie, la statistique du professeur Hartmann : nous y trouvons, pour le côlon transverse :

9 colectomies avec dérivation, avec 5 morts, soit 55,5 %.

6 colectomies sans dérivation, avec 4 morts, soit 66,6 %.

Soit au total, sur 15 cas : 9 morts, donc une mortalité de 60 %.

Miller, qui a opéré 7 cancers du côlon transverse, accuse, lui aussi, une mortalité opératoire de 57 %. Korte, au Congrès International de Londres de 1913, insistait, lui aussi, sur l'extrême gravité des opérations pour cancer du côlon transverse, et disait avoir eu une mortalité s'élevant à 60 %.

Russel, au contraire, n'accuse que 28 %, et Vuichoud, apportant la statistique de Roux, de Lausanne, donne un chiffre de 20 % pour le côlon transverse.

La plupart de ces auteurs, qui accusent une mortalité opératoire très élevée pour le cancer du côlon transverse, opposent volontiers cette mortalité à celle

des autres cancers coliques; c'est ainsi que Okinczyc publie le tableau suivant :

25 colectomies sur le côlon droit, avec 8 morts, soit 32 %.

53 colectomies sur le côlon gauche, avec 20 morts, soit 37,7 %.

15 colectomies sur le côlon transverse, avec 9 morts, soit 60 %.

Résultats éloignés des opérations radicales

a) *Cancer du colon transverse.*

1°. — COLECTOMIE SEGMENTAIRE ÉCONOMIQUE

A LA REYBARD

Nous avons, sur 53 cas, 15 morts immédiates, signalées plus haut. Dans 13 autres cas, la guérison opératoire est notée sans que les suites éloignées soient connues. Nous n'en tiendrons pas compte. Il reste donc 25 observations.

Sur ces 25 observations, il y eut 4 *récidives rapides*: en 5 mois 1/2 (Anschütz, Don, Kessler), 6 mois (Petermann) ; et 4 *récidives ou métastases éloignées* : après 2 ans (Waldenstom, Viannay) ; après 3 ans (Roux) ; après 8 ans (Proust et Wolfrom).

16 malades ont été suivis plus ou moins longtemps : Guérison après 15 mois (Petermann).

— — 18 mois (Gutberley).

— — 2 ans (2 cas de Caryl Potter, 2 cas de Littlewood et 1 cas de Lenormant).

—	—	4 ans (Wollsey).
—	—	6 ans 1/2 (Roux).
—	—	6 ans (Lennander).
—	—	10 ans (Villard).

Survie de 10 ans et 7 mois (Roux).

Guérison de 17 ans (Walton Martin : Au bout de ces 17 ans, cancer iléo-cæcal.)

— 19 ans 1/2 (Roux).

Un malade de Barker est signalé guéri après plusieurs années.

2°. — COLECTOMIE ÉTENDUE

Nous avons, sur 21 cas, 6 morts opératoires et, dans 7 cas, la guérison opératoire est signalée, sans suites éloignées connues. Nous les laissons de côté. Il reste donc 8 observations qui se décomposent ainsi :

1 survie de 2 mois puis mort par ictus.

1 — — 8 mois (Russel).

Guérison après 2 ans (Tixier).

— — 3 ans (Perrin).

— — 4 ans (Patel, Gibbon).

— — 7 ans (Denk).

— — 10 ans (Tavernier).

3°. — COLECTOMIE AVEC DÉRIVATION

a) *Extériorisation* : Nous avons, sur 32 cas, 7 morts immédiates et 7 guérisons opératoires, sans suites éloignées connues. Il reste 18 observations qui se décomposent ainsi :

3 récidives rapides :

- 8 mois (Petermann).
- 12 mois (Laroyenne).
- 13 mois (Anschütz).

15 survies :

- après 6 mois (Anschütz).
- 1 ans (Russel).
- 13 mois (Santy).
- 18 mois (Chalier).
- 2 ans (Vergnory, Dowd).
- 2 ans 1/2 (Anschütz).
- 3 ans (Russel, Schwartz).
- 3 ans 1/2 (Santy).
- 4 ans (Anschütz, Cotte, Mocquot).
- 5 ans (Moszkowicz).
- 6 ans 1/2 (Petermann).

4°. — COLECTOMIE AVEC DÉRIVATION EXTERNE
OU INTERNE

Sur 20 observations, il y a 4 morts immédiates et 8 guérisons opératoires sans suites éloignées connues; il reste donc 8 observations qui se décomposent ainsi:

1 *métastase* 6 mois après (Littlewood).

Guérison après 10 mois (Desgouttes).

- — 2 ans (Petermann, Erdmann).
- — 3 ans (Meyer).
- — 8 ans (Kosinski).
- — 10 ans (Erdmann).

5°. — COLECTOMIE AVEC GASTRECTOMIE

Sur 12 opérations, il y a 7 morts immédiates et 1 guérison opératoire, sans suites éloignées connues.

Il reste 4 observations :

1 guérison de 22 mois (Finkelstein).

Guérison après 2 ans (Perrin).

— — 6 ans (Goullioud).

— — 16 ans (Goullioud).

b) *Cancer de l'angle droit.*

1°. — COLECTOMIE ÉCONOMIQUE SEGMENTAIRE

A LA REYBARD

Sur 15 observations, il y a 5 morts immédiates et 5 guérisons opératoires, sans suites éloignées connues.

Il reste 5 observations, avec :

3 *récidives* dans la première année.

1 survie après 2 ans (Littlewood).

1 — — 8 ans (Waldenstrom).

2°. — COLECTOMIE ÉTENDUE. HÉMICOLECTOMIE

Sur 32 observations, il y a 11 morts immédiates et 11 guérisons opératoires, sans suites éloignées connues. Il reste donc 10 observations, avec :

1 *récidive* dans la première année (Bonniot).

Guérison après 1 an (Van Haberer, Morton).

— — 2 ans (Tixier).

— de 28 mois (Pauchet).

— après 3 ans (Anschütz, Bakes).

— — 3 ans 1/2 (Santy).

— — 8 ans (Russel).

— — 9 ans (Maylard).

3°. — COLECTOMIE AVEC DÉRIVATION

a) *Extériorisation.*

Sur 9 observations, il y a 5 morts immédiates et 2 guérisons opératoires, sans suites éloignées connues. Il reste 2 observations, avec :

1 *guérison* après 3 ans (Anschütz).

— — 8 ans (Anschütz).

b) *Colectomie avec dérivation externe ou interne.*

Sur 18 observations, il y a 10 morts immédiates et 3 guérisons opératoires, sans suites éloignées connues. Il reste 5 observations, avec :

1 *récidive* 6 mois après.

1 *survie* de 1 an (Kummer).

1 *guérison* après 18 mois (Decherf).

— — 19 mois (Lambret).

— — 8 ans (Jaboulay et Chalier).

c) *Cancer de l'angle gauche.*

1.° — COLECTOMIE ÉCONOMIQUE SEGMENTAIRE

A LA REYBARD

Sur 15 cas, il y a 6 morts immédiates et 6 guérisons opératoires, sans suites éloignées connues. Il reste 3 observations, avec :

1 *survie* après 7 mois (Huguier).

— — 3 ans 1/2 (Bilton Pollard).

— — 5 ans (Bockel).

2.° — COLECTOMIE ÉTENDUE SUB-TOTALE

Il y a 2 observations, 1 sans suites éloignées connues (Pauchet), l'autre avec une survie de 7 ans 1/2 (Sasse).

3°. — COLECTOMIE AVEC DÉRIVATION

a) *Extériorisation*

Sur 27 cas, il y a 10 morts immédiates et 8 guérisons opératoires, sans suites éloignées connues. Il reste 9 observations, avec :

3 *récidives rapides* :

5 mois et 7 mois (Anschütz).

6 mois (Quénu).

6 *survies* :

après 3 ans (2 cas d'Anschütz, 1 cas de Quénu)

— 4 ans (Westbrock).

— 5 ans (Hochenegg).

— 5 ans (Waldenstrom, puis cancer gastrique).

b) *Colectomie avec dérivation externe ou interne*

Sur 43 cas, il y a 7 morts immédiates et 20 guérisons opératoires, sans suites éloignées connues. Il reste 16 observations, avec :

5 *récidives* :

3 mois (Goulliou'd).

9 mois (Petermann).

13 mois (Truesdale, cancer utérin).

18 mois (Sinclair White).

2 ans (Pauchet).

4 *malades vus en bonne santé après moins d'un an.*

7 *survies* :

après 1 an 1/2 (Quénu).

— 2 ans (Desmarest, Hartwell, Savariaud).

— 4 ans (Bilton Pollard, Morison).

— 6 ans 1/2 (Barker).

Analyse des résultats éloignés.

Ce qui frappe immédiatement, en examinant de près les suites éloignées de la colectomie pour cancer du côlon transverse, c'est que les résultats sont loin d'être aussi mauvais qu'on a bien voulu le dire. Ces bons résultats éloignés sont obtenus avec l'une ou l'autre des méthodes chirurgicales applicables à l'exérèse du cancer colique. Il y a pourtant une légère différence entre les diverses méthodes; nous trouvons en effet une proportion légèrement plus élevée de bons résultats après la colectomie étendue. L'extériorisation donne aussi des résultats satisfaisants.

Nous sommes donc loin de l'opinion de Okinczyc, qui disait, au dernier Congrès de Chirurgie, à propos de la statistique de Hartmann : « Un point ressort de cette statistique : c'est que nous n'avons pas un seul cas de cancer du côlon transverse, avec guérison prolongée et sans récurrence. » Déjà, à la Société de Chirurgie de Lyon, on s'est élevé contre cet opinion (Patel, Cotte, Tavernier). Récemment, à la Société de Chirurgie de Paris, Pierre Duval, Mocquot, Schwartz ont relaté des observations de guérisons éloignées et ont discuté sur le meilleur mode de traitement du cancer du côlon transverse, meilleur mode que nous allons discuter dans le chapitre des indications thérapeutiques.

3. — LES INDICATIONS OPÉRATOIRES

Les indications opératoires se posent différemment suivant que la tumeur est opérable ou inopérable.

a) La tumeur est inopérable

Il ne faut pas laisser les malades atteints de cancer inopérable du côlon transverse ou de ses angles, subir l'évolution lamentable de leur mal. Il faut les soulager, par des opérations qui mettent leur tumeur au repos, en dérivant le cours des matières. On pourra faire :

a) *L'anus artificiel* : soit *anus cæcal*, soit *anus transverse* si la tumeur est loin située sur la moitié gauche du côlon transverse;

b) *Une simple entéro-anastomose* : *iléo-colostomie* ou *colo-colostomie*;

c) *L'exclusion uni-latérale*.

Si l'anus cæcal a été fait dans un premier temps à cause d'une occlusion aiguë, et que, l'on se rende compte par la suite dans un deuxième temps que la tumeur est inopérable, il ne faudra pas hésiter à pratiquer une entéro-anastomose, qui évitera au malade tous les inconvénients d'un anus contre nature. Souvent, cette simple opération palliative assurera une survie prolongée qui a pu, dans certains cas, atteindre à 5 ans. (Perrin.)

b) La tumeur est opérable

1. — *Il n'y a pas de complications : ni occlusion, ni abcès.*

On pourrait hésiter entre les diverses méthodes que nous avons exposées plus haut :

Colectomie segmentaire économique à la Reybard;

Colectomie étendue: hémicolectomie ou colectomie sub-totale ;

Extériorisation;

Ou bien encore *après dérivation externe ou interne, colectomie qui sera soit économique, soit étendue.*

a) LA COLECTOMIE ÉCONOMIQUE SEGMENTAIRE

A LA REYBARDE

Elle a eu des détracteurs dès sa naissance ; faite pour la première fois en 1833, pour un cancer de l'anse pelvienne, elle ne fut guère reprise, et encore sans succès, que 50 années plus tard. Puis, elle connut une certaine vogue: Bilton Pollard, n'a-t-il pas publié une statistique de 7 observations avec 7 guérisons ? Malheureusement, il ne s'agissait que d'une série particulièrement heureuse et bien des auteurs, depuis, ont accusé une mortalité très élevée pour cette intervention. Il semble que, à l'heure actuelle, *cette méthode présente au niveau du côlon transverse plus d'avantages théoriques qu'elle n'offre d'inconvénients d'une ordre plus pratique.*

Ses avantages ne sont pas douteux; c'est évidemment une opération en un temps, facile d'exécution, qui rétablit presque dans son intégrité la continuité

du gros intestin. Elle ne cause aucun délabrement, ne choque pas le malade. C'est une opération très physiologique.

Ses inconvénients, par contre, sont nombreux. Le danger est dans la suture intestinale. Si l'on peut, presque sans courir de risques, anastomoser l'intestin grêle avec le gros intestin, on ne peut en dire autant des anastomoses colo-coliques. On sait combien les bouts intestinaux en présence sont de calibres différents : la surface de section du bout afférent est souvent le double de celle du bout efférent. Il y a « *incongruence* » des bouts intestinaux. De plus, *la présence au niveau du côlon transverse de l'épiploon, de franges épiploïques*, parfois très volumineuses, vient encore compliquer la suture. On peut bien évidemment « faire de part et d'autre de la tumeur le décollement colo-épiploïque qui amenuise les bouts intestinaux à anastomoser, il n'en reste pas moins que le revêtement dans ce plan de clivage n'a plus la valeur de protection et d'agglutination du péritoine normal » (Okinczyc). Les sutures les mieux faites peuvent lâcher et la péritonite mortelle peut se déclarer. Si nous ajoutons encore que les sutures sont faites sur *un segment mal vascularisé du gros intestin*, à parois souvent œdématiées, où les matières sont déjà solides et que cette colectomie idéale ne comporte peut être pas une exérèse ganglionnaire assez étendue, nous voyons que les inconvénients d'une telle méthode sont en faveur de son abandon.

Comme l'a dit Lenormant, ce n'est pas le traitement de choix. Les succès obtenus par cette méthode

sont dûs à un hasard heureux, à une audace imprudente. La colectomie économique en un temps, à la Reybard, est immédiatement grave.

Il est certain que dans toutes les observations que nous avons consultées, nous avons pu noter un nombre assez élevé de succès, mais nous en avons rarement trouvé plus d'un, chez le même chirurgien, pour un cancer du côlon transverse. Seul, Duvergey a publié 3 cas avec 3 succès. Aussi bien peut-être n'a-t-on publié que des cas isolés ou des séries particulièrement heureuses et nous croyons qu'il est mieux d'abandonner de parti pris une telle méthode qui est loin d'offrir les mêmes avantages que les autres.

b) LA COLECTOMIE ÉTENDUE : HÉMICOLECTOMIE
OU COLECTOMIE SUB-TOTALE

C'est une opération admirablement réglée, d'une exécution généralement facile et élégante. Elle vise non seulement à l'ablation du cancer, mais aussi et surtout elle permet l'ablation très large des mésos avec leur ganglions, avec résection beaucoup plus étendue du tissu intestinal qui, comme nous l'avons vu à l'étude histo-pathologique, est souvent infiltré en largeur beaucoup plus qu'on ne le pense. L'hémostase est facile ; l'anastomose iléo-côlique offre le maximum de sécurité. Et, en plus, cette opération présente le très gros intérêt de supprimer d'emblée cet énorme sac distendu qu'est le cæcum rempli de matières éminemment septiques.

On a reproché à la colectomie étendue d'obliger

au décollement large du tissu cellulaire rétro-péritonéal. Lecène a vivement insisté sur les dangers qu'il peut y avoir à pratiquer cette méthode dans tous les cas de cancers adhérents ou qui sont le siège d'un processus inflammatoire accentué ; la suppuration des ganglions est fréquente et l'on conçoit tout le danger qu'il peut y avoir à pratiquer un décollement côlo-pariétal dans de telles conditions.

Aussi, croyons-nous que cette méthode de la colectomie étendue est quand même la meilleure, à condition de la réserver à toutes les tumeurs qui ne s'accompagnent pas d'inflammation aiguë, cas pour lesquelles une dérivation à distance semble s'imposer. Mais, quand on est en présence d'un cancer en virole (et c'est le cas le plus fréquent), qui n'offre aucune difficulté à se laisser détacher des adhérences qu'il peut avoir contractées, que ce cancer siège sur l'angle droit ou sur un point quelconque du transverse, nous croyons que la colectomie étendue est la meilleure des opérations. Réservée à ces cas, elle n'offre pas un élément de gravité particulière et elle présente le très gros avantage d'être vraiment une intervention radicale. Comme l'a très bien dit *Arbuthnot-Lane* : outre la suppression du contenu particulièrement toxique de l'intestin en aval de la tumeur, il y a des avantages post-opératoires non douteux : le ventre est flasque, la tension abdominale nulle ; on supprime du même coup la stase intestinale chronique à laquelle sont sujets depuis de longues années la majorité des cancéreux coliques et il n'y a pas de récurrence possible au niveau du côlon.

Donc, il faut faire l'hémi-colectomie pour toute tumeur de l'angle droit et du côlon transverse qui ne présente pas de signes d'inflammation aiguë. Faut-il faire la colectomie étendue pour les cancers de l'angle gauche ? Le cas est plus discutable. Il ne s'agirait plus là d'une colectomie qui conserve quand même une partie importante du gros intestin. Or, il n'est peut-être pas indifférent de supprimer la totalité du côlon et l'on risquerait de plus, comme l'a dit Pierre Duval, d'ajouter à la gravité de la colectomie simple, la gravité de la colectomie pour cancer. Nous croyons que, dans ces cas-là, il vaut mieux pratiquer soit l'extériorisation, soit la colectomie après dérivation.

c) L'EXTÉRIORISATION

Cette méthode de l'extériorisation présente, à condition d'être exécutée correctement, c'est-à-dire en extériorisant aussi largement que possible le méso avec son pédicule vasculo-ganglionnaire, l'immense avantage de permettre, en même temps que l'ablation large du cancer, d'avoir *une mortalité opératoire extrêmement réduite*. Longtemps, on l'a jugée extrêmement difficile au niveau du côlon transverse et de ses angles, à cause de la présence du grand épiploon et à cause aussi de la brièveté du méso dans la partie droite du côlon transverse. Okinczyc en est l'adversaire résolu, car « l'extériorisation suppose un temps délicat de libération et de mobilisation de la tumeur, qui ne peut se faire qu'à péritoine ouvert ; le décollement côlo-épiplooi-

que est rendu obligatoire ; il faut désinsérer le grand épiploon de la grande courbure de l'estomac. De plus, elle est presque impossible, au niveau de l'angle splénique non accessible ou sur la moitié droite du côlon transverse qui adhère au duodénum ». Ces reproches, qui s'attaquent uniquement à la technique, ne nous semblent pas très justifiés.

Nous admettons d'emblée *qu'il ne faut pas extérioriser un cancer de l'angle droit* : quand ce cancer est immédiatement enlevable, il faut pratiquer l'hémi-colectomie. De même, pour un cancer de la partie droite du côlon transverse, et encore nous ne sommes pas absolument persuadés que l'adhérence au duodénum ou la brièveté du méso empêchent l'extériorisation. M. Santy a pu facilement extérioriser deux cancers de la partie droite du côlon transverse et nous croyons qu'il peut être indiqué de le faire chez des malades dont l'état général ou l'âge pourrait contre-indiquer la colectomie étendue. Il suffit pour cela de brancher une incision transversale sur l'incision de laparotomie sus-ombilicale, ou mieux de faire d'emblée une incision de Sprengel à droite, quand on a porté le diagnostic clinique de cancer de la partie droite du côlon transverse.

Quant au reste du côlon transverse (ses deux tiers gauches) et l'angle splénique, les difficultés de technique ne paraissent pas telles qu'on ne puisse pratiquer l'extériorisation. L'angle splénique se laisse facilement décoller, à condition qu'on y voit clair et qu'une incision judicieuse avec *la position fortement cambrée du sujet* mette vraiment sous les yeux

cette portion du côlon. Le décollement còlo-épiplooïque est très vite fait : il ne saigne pas et la séparation d'une bande du grand épiploon est également facile à faire.

Donc, nous ne croyons pas généralement difficile l'extériorisation du côlon transverse au niveau de l'angle splénique. Nous croyons que c'est une très bonne opération, mais il faut la réserver à certains cas où, justement, la colectomie étendue n'aura pu être pratiquée. Nous voulons parler de ces cas où il s'agit d'un malade, dont l'état général n'est pas très bon ou dont l'âge est trop élevé et à qui une opération radicale d'emblée ferait courir trop de risques. Sans doute, l'extériorisation est une opération en trois temps; on a voulu, à cause de cela même, lui reprocher la longueur du traitement. Mais est-ce vraiment un reproche que l'on doive retenir contre une méthode qui permet de traiter efficacement un cancer.

d) LA COLECTOMIE APRÈS DÉRIVATION EXTERNE OU INTERNE

Cette méthode trouve toutes ses indications dans les cas où la tumeur présente des adhérences telles qu'on ne puisse les libérer sans faire courir au malade les risques d'une cellulite ou d'une péritonite. C'est en présence de telles tumeurs infectées ou très adhérentes qu'il faut différer le temps de la mobilisation et de la résection.

Nous croyons qu'il faut pratiquer l'exclusion unilatérale avec fistulisation de l'angle exclue à la peau.

Cela permet la vidange parfaite de l'intestin et la mise au repos de la tumeur. L'on est souvent frappé, quand on pratique l'exérèse de la tumeur dans un deuxième temps, de voir combien les conditions locales se sont améliorées. Il faut, dans ce second temps pratiquer la colectomie étendue qui, avec le segment malade, emportera l'anus cæcal, préalablement établi pour permettre les lavages de l'intestin.

2. — *Il y a des complications : abcès, occlusion.*

a) ABCÈS

Il ne faut évidemment pas toucher à la tumeur : toute mobilisation, toute résection pratiquée dans un tel milieu conduirait fatalement aux pires résultats. Il faut donc inciser l'abcès, le drainer, et, la plupart du temps, il sera bon de pratiquer en même temps une dérivation intestinale à distance, qui devra toujours être une cæcostomie. Si l'on juge, après deux ou trois semaines, que la tumeur est enlevable, on pourra hésiter à pratiquer soit une colectomie segmentaire, qui ne sera pas très indiquée, les sutures étant faites en milieu infecté, soit mieux, croyons-nous, une extériorisation.

b) OCCLUSION

On a pu proposer de pratiquer, même en état d'occlusion, une colectomie étendue (Pauchet). Cette conduite est très mauvaise, les résultats en sont déplorables. Il faut pratiquer la dérivation, qui sera un anus cæcal. Une entéro-anastomose n'est pas indi-

quée, car on sait combien sont précaires les sutures qui portent sur des anses intestinales distendues. Cet anus cæcal sera large; ce ne sera pas une simple fistule, mais un véritable anus.

On pourrait peut-être discuter l'extériorisation quand il y a occlusion. Beaucoup de chirurgiens l'ont pratiquée dans ce cas et notre maître, M. Cotte, a publié une observation de cancer du côlon transverse en occlusion traité par extériorisation. Nous pensons que ce sont des cas d'espèce. Un malade est en occlusion, le siège de l'obstacle est indéterminé sur le gros intestin, l'état général n'est pas trop atteint, les vomissements ne sont pas incessants, l'arrêt complet des matières et des gaz ne date pas de longtemps; on est alors autorisé à pratiquer une laparotomie exploratrice : la tumeur du côlon transverse pourra faire immédiatement saillie en dehors de l'abdomen, comme dans le cas de M. Cotte, et on pourra facilement et sans danger l'extérioriser. Dans ces cas-là, on est souvent conduit à fistuliser immédiatement l'anse extériorisée, pour permettre l'issue des gaz; la résection de la tumeur ne devant toujours être faite que le plus tard possible.

S'il s'agit d'un malade dont l'occlusion remonte à plusieurs jours, dont l'état général est déficient, il faut, de toute évidence, faire le minimum et pratiquer sous anesthésie locale un anus cæcal.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer du côlon transverse et de ses angles entre pour 28 % dans la proportion des cancers du gros intestin (rectum excepté).

Il est un peu plus fréquent chez l'homme que chez la femme. L'âge moyen où les malades en sont atteints est entre 40 et 60 ans, les hommes semblant être touchés plus tôt que les femmes.

II. — Les réactions inflammatoires sont les mêmes que pour les autres cancers côliques : adhérences, abcès, adénopathie. La propagation cancéreuse se fait le long des lymphatiques, qui, pour l'angle droit et le côlon transverse, (son quart gauche excepté), aboutissent à des ganglions situés sur la face antérieure de la tête du pancréas, et qui, pour le quart gauche du côlon transverse et pour l'angle gauche, vont soit directement, soit par le relai du confluent sigmoïdien, aboutir au confluent portal commun situé derrière le corps du pancréas.

III. — Le cancer annulaire est plus fréquent que le cancer encéphaloïde, ce dernier se voyant surtout au niveau de l'angle droit.

Au point de vue histo-pathologique, on peut décrire un épithélioma cylindrique et un épithélioma atypique. L'épithélioma cylindrique comprend : l'épithélioma tubuleux, l'épithélioma acineux et l'épithélioma colloïde.

IV. — Les formes cliniques que l'on rencontre le plus souvent sont : la forme gastrique, la forme sténosante, la forme avec tumeur et la forme biliaire. Dans le cancer de l'angle gauche, c'est la forme occlusive qui est la plus fréquente.

L'étude radiologique est extrêmement importante. C'est elle seule qui, dans bien des cas, permet la localisation exacte du cancer.

V. — Le traitement doit être uniquement chirurgical.

a) On pourra pratiquer soit une colectomie sans dérivation : colectomie idéale économique ou colectomie étendue, soit une colectomie avec dérivation.

b) Les résultats immédiats sont les suivants :

Pour le côlon transverse : 28,27 % de mortalité.

Pour l'angle gauche : 26,4 %.

Pour l'angle droit : 30,30 %.

c) Les résultats éloignés ne sont pas mauvais, puisque on a pu obtenir de très longues survies avec l'une quelconque des méthodes opératoires employées.

d) Les indications thérapeutiques ne sont pas les mêmes pour tous les cancers du côlon transverse et de ses angles :

La colectomie idéale économique à la Reybard ne doit pas être employée ; elle offre des avantages théoriques, mais ses inconvénients sont nombreux et d'un ordre plus pratique.

La colectomie étendue semble devoir être pratiquée pour tous les cancers qui ne sont pas le siège d'un processus inflammatoire aigu.

L'extériorisation est une excellente méthode qui trouve la plupart de ses indications dans les contre-indications de la colectomie étendue : cancer de l'angle gauche ou malade à état général déficient ou chez qui l'âge ne permet pas de tenter une opération radicale.

La colectomie après dérivation est indiquée dans tous les cas où la tumeur présente des adhérences telles qu'on ne puisse les libérer sans faire courir au malade les risques d'une cellulite ou d'une péritonite.

e) Dans les cancers compliqués :

1) Quand il y a abcès, il faut se contenter de l'incision de l'abcès à laquelle on pourra, dans certains cas, ajouter une cæcostomie.

2) Quand il y a occlusion, il faut parer au plus pressé et pratiquer un anus cœcal.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

LE DOYEN,

TIXIER

JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 11 Mai 1925

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

CAVALIER

OBSERVATIONS

1. — CANCER DU COLON TRANSVERSE

a) Opérations palliatives

1. ANSCHUTZ. — *Cancer du côlon transverse. Cæcostomie. Mort.*

Homme, 29 ans.

2. ANSCHUTZ. — *Cancer de la partie droite du côlon transverse. Iléo-transversostomie. Mort après 3 mois.*

Homme, 62 ans.

3. ANSCHUTZ. — *Cancer de la partie droite du côlon transverse. Métastase hépatique. Iléo-transversostomie. Survie de 2 mois.*

Femme, 59 ans.

4. ANSCHUTZ. — *Cancer de la partie moyenne du côlon transverse. Colo-colostomie transverse. Mort.*

Homme, 40 ans.

5. ANSCHUTZ. — *Cancer de la partie moyenne du côlon transverse adhérent à l'estomac. Iléo-colostomie. Survie de 4 mois 1/2.*

Homme, 26 ans.

6. DEVIC (Thèse de Jouffray). — *Cancer du côlon transverse. Iléo-sigmoïdostomie. Survie de 8 mois.*

Homme, 64 ans. Alternatives de diarrhée et de constipation, vomissements, amaigrissement.

7. ENGELSMANN. — *Cancer du côlon transverse. Cæco-sigmoïdostomie. Mort.*

Femme, 66 ans. Depuis 1 an, tumeur dans la portion gauche de l'abdomen, tumeur qui grossit sans occasionner de troubles notables. Depuis 2 mois, diarrhée. Depuis 5 semaines, vomissements. A l'examen, amaigrissement marqué. Très mauvais état général. Au-dessous des côtes gauches, jusqu'à l'ombilic, tumeur irrégulière qui remplit l'hypocondre gauche.

8. ENGELSMANN. — *Cancer du côlon transverse. Entérostomie.*

Homme, 23 ans. Depuis 10 mois, troubles digestifs. Sang dans les selles, diarrhée, mauvais état général.

9. GAULTIER. — *Cancer du côlon transverse (partie droite). Iléo-sigmoïdostomie. Guérison au bout de dix mois.*

Pas de détails cliniques. Il s'agissait d'une forme dyspeptique de cancer du côlon transverse dans sa partie droite. Cancer en virole.

10. GOULLIoud. — *Cancer du côlon transverse adhérent au pylorè : 1° Entéro-anastomose; 2° Laparotomie exploratrice. Amélioration passagère. Mort 9 mois après.*

Femme. Début il y a un an par douleurs abdominales sans localisation nette. Il y a trois mois, tumeur abdominale qui fut considérée d'abord comme dépendant du foie. Cependant, diarrhée tenace, ventre ballonné, tumeur mobile. *Intervention* : cancer du transverse près de l'angle droit. Adhérence avec le pylore. Colo-colostomie. Deuxième intervention, 3 semaines après : Laparotomie qui reste exploratrice. Amélioration passagère. Mort 8 mois après.

11. GUTBERLET. — *Cancer du côlon transverse. Cæcostomie. Mort par perforation du côlon transverse.*

Homme, 56 ans.

12. MATHIEU. — *Cancer du côlon transverse. Cæcostomie. Mort.*

Femme, 32 ans, constipée de longue date, avec des débâcles diarrhéiques; 15 jours avant d'entrer à l'hôpital, crises dysentériques intenses. Puis, véritable crise d'occlusion avec vomissements fécaloïdes.

13. MATHIEU et J.-Ch. ROUX. — *Cancer de la partie droite du côlon transverse. Cæco-sigmoïdostomie. Guérison. Mort 18 mois après d'hémorragie cérébrale.*

Homme, 66 ans, ayant un peu maigri, se sentant moins à son aise. On pense à des accidents cérébraux vagues dus peut-être à de l'athérome artériel. Le Professeur Ballet incrimine au contraire le tube digestif et pense à un cancer de l'estomac au début. Mathieu voit le malade et pense qu'il s'agit d'un cancer d'estomac à forme lente. Il note bien une constipation rebelle et un certain degré de dilatation du cæcum, mais n'y attache pas d'importance. Un jour, crises brusques d'occlusion intestinale. *Intervention* (Ricard) : cancer annulaire très limité, siégeant dans la partie droite du côlon transverse. Cæco-sigmoïdostomie. Guérison. Mort 18 mois après d'hémorragie cérébrale.

14. PERRIN (inédite). — *Cancer de la moitié gauche du côlon transverse. Iléo-sigmoïdostomie termino-latérale. Survie de 5 ans.*

Homme, 62 ans. Coliques, constipation, glaires, pas de sang dans les selles. Syndrômes de Kœnig très net. Cæcum très dilaté. Péristaltisme. *Intervention*, le 12 février 1912 : Cancer de la moitié gauche du côlon transverse en virole, mobile, enlevable. Anastomose par implantation termino-latérale au bouton, de la fin de l'iléon et de l'S iliaque. Guérison. Le 15 novembre 1912, le malade est revu en très bon état, très content de ses fonctions intestinales. Il refuse de se laisser réopérer. Mort en 1917.

15. PETERMANN. — *Cancer du milieu du côlon transverse. Iléo-colostomie. Mort 6 mois après.*

Homme, 51 ans.

16. PETERMANN. — *Cancer de la partie gauche du côlon transverse. Transverso-sigmoïdostomie. Guérison opératoire. Survie ?*

Homme, 53 ans. Tumeur au-dessous des côtes, dure, grande, immobilisable.

17. PETERMANN. — *Cancer de la partie droite du côlon transverse. Iléo-transversostomie. Mort 3 mois après.*

Femme, 50 ans.

18. PETERMANN. — *Cancer du côlon transverse. Occlusion. Colostomie. Mort.*

Femme, 52 ans.

19. PETERMANN. — *Cancer du côlon transverse. Iléo-sigmoïdostomie. Mort 3 semaines après.*

Femme, 46 ans.

20. PETERMANN. — *Cancer du côlon transverse. Occlusion. Cœcostomie. Mort 4 mois après.*

Femme, 56 ans.

21. PETERMANN. — *Cancer de la partie droite du côlon transverse. Cæco-transversostomie latéro-latérale. Mort de pneumonie.*

22. PETERMANN. — *Cancer de la partie droite du côlon transverse. Occlusion. Iléostomie. Mort.*

Femme, 66 ans.

23. ROTTER. — *Cancer de la partie droite du côlon transverse. Absès périnéoplasique. Iléo-sigmoïdostomie. Amélioration.*

Femme, 56 ans.

24. ROTTER. — *Cancer du côlon transverse et de l'angle gauche. Occlusion. Transverso-sigmoïdostomie. Mort.*

Femme, 64 ans.

25. ROUX, de Lausanne (Thèse de Vuichoud). — *Cancer du côlon transverse. Colo-colostomie. Survie d'un an et quatre mois.*

Femme, 25 ans. Sans histoire clinique.

26. SANTY (inédite). — *Cancer de la moitié gauche du côlon transverse. Iléo-sigmoïdostomie termino-latérale. Guérison opératoire. Survie après 15 mois.*

Homme, 40 ans. Depuis 5 à 6 mois a constaté dans son hypocondre gauche une masse assez volumineuse. A partir de ce moment, cette masse continue à grossir. Il y a 15 jours, coliques assez violentes, avec vomissements. A l'examen : tumeur grosse comme le poing, allongée transversalement dans le sens du côlon transverse, à gauche et au niveau de

l'ombilic. *Intervention*, le 8 janvier 1924 : Laparotomie médiane. Enorme cancer du côlon transverse, large envahissement du méso. Résection impossible. Iléo-sigmoïdostomie termino-latérale au bouton de Villard. Suites opératoires très simples. En mars 1925, le malade donne de ses nouvelles. Il travaille, mais se plaint du volume de sa tumeur.

27. SANTY (inéдите). — *Cancer de la partie gauche du côlon transverse. Iléo-sigmoïdostomie termino-latérale. Survie de plus de 2 ans.*

Femme, 68 ans. Depuis plusieurs mois, coliques pendant la période digestive avec signes de sub-occlusion avec amaigrissement et décoloration. Tumeur du volume d'un œuf sur le trajet du côlon transverse à gauche de l'ombilic avec péristaltisme très net en amont. Le bismuth ingéré s'arrête au niveau de la masse et ne s'avance que très tardivement. Le 25 décembre 1922, *intervention* : Laparotomie médiane. Cancer du côlon transverse infiltrant celui-ci sur une assez grande étendue de la ligne médiane. Le méso paraît assez largement envahi. La tumeur serait, à la rigueur, enlevable par colectomie totale. L'extériorisation simple est impossible à cause de l'état du méso. Mais l'état et l'âge de la malade ne permettent pas de tenter l'opération radicale. Iléo-sigmoïdostomie termino-latérale au bouton de Villard. Suites opératoires très simples. Le 1^{er} février 1925, on apprend que la malade a eu 2 ans de survie parfaite et que depuis quelques mois elle se cachectise avec de l'ascite.

28. TIMBAL et BELLOC. — *Cancer du côlon transverse avec fistule jéjuno-colique. Anus sur le côlon ascendant. Mort.*

Femme, 45 ans. Ayant présenté des symptômes gastriques, consistant en douleurs tardives, se produisant deux heures après les repas. Amenée à l'hôpital en crise d'occlusion aiguë. Anus artificiel sur le côlon ascendant. Après l'intervention : tumeur dure, immobile, de la grosseur d'une mandarine, occupant la ligne médiane au-dessus de l'ombilic. On pense à un cancer de l'estomac siégeant au niveau de la grande courbure. La crise d'occlusion trouvait son explication dans la propagation de cette tumeur au côlon transverse par l'intermédiaire de l'épiploon gastro-colique. Un mois plus tard, on tente la cure radicale de l'anus contre nature,

Mort le lendemain. A l'autopsie : intégrité absolue de l'estomac. Tumeur du côlon transverse adhérent au jéjunum, près de l'angle duodéno-jéjunal. Fistule jéjuno-côlique.

29. WEISS. — *Cancer du côlon transverse. Ulcération iléale et cæcale. Résection du cæcum. Iléo-sigmoïdostomie. Mort.*

Homme, 47 ans. Phénomènes aigus 5 semaines avant l'intervention avec localisation des symptômes dans la région iléo-cæcale. Intervention : résection du cæcum qui porte une ulcération profonde en partie perforée et est très dilatée. Iléo-sigmoïdostomie. Mort. A l'autopsie : cancer du côlon transverse.

b) Opérations radicales

1. — *Colectomie segmentaire économique à la Reybard.*

30. ANSCHUTZ. — *Cancer du côlon transverse adhérent à la paroi abdominale antérieure. Résection segmentaire. Suture termino-terminale. Mort.*

Homme, 43 ans. Tumeur dans la région ombilicale.

31. ANSCHUTZ. — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire. Suture latéro-latérale. Survie de 6 mois. (Récidive).*

Femme, 65 ans. Apparition d'une tumeur de la grosseur d'un œuf avec diarrhée.

32. ANSCHUTZ. — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire. Suture termino-terminale. Guérison maintenue 9 ans 1/2 après l'intervention.*

Homme, 49 ans. Amaigrissement prononcé. Melæna. Tumeur dure, sensible, dirigée transversalement au-dessus de l'ombilic. Intervention, le 12 mai 1897 : Cancer du côlon transverse, légèrement adhérent à la paroi antérieure, résection segmentaire, suture termino-terminale. Guérison. La malade, revue en 1906, est toujours bien portante.

33. BACK et EDWARDS. — *Cancer de la portion moyenne du côlon transverse. Invagination. Résection segmentaire. Suture termino-terminale. Guérison.*

Homme, 45 ans, opéré en mars 1919 pour une invagination du côlon transverse dans le côlon descendant. Réduction facile. On ne découvrit pas la raison de cette invagination, malgré la palpation soignée de l'intestin. 5 mois après, le malade est revu accusant les mêmes troubles qu'avant l'opération. Un peu de diarrhée, un peu de péristaltisme du côté droit de l'abdomen. *Intervention* : Cancer de la partie moyenne du transverse. Tumeur légèrement mobilisable dans la lumière intestinale, mais à base indurée, avec quelques ganglions hypertrophiés dans le méso-côlon adjacent. Résection de 12 cent. de côlon transverse. Suture termino-terminale. Guérison. Diagnostic histologique : Cancer colloïde.

34. BAKES. — *Cancer du milieu du côlon transverse. Résection. Anastomose latéro-latérale. Guérison.*

Femme, 63 ans. Météorisme abdominal. Tumeur.

35. BARKER. — *Cancer du côlon transverse ayant envahi l'ombilic. Extirpation. Anastomose termino-terminale. Guérison après 7 mois.*

Homme, 37 ans.

36. BARKER. — *Cancer du côlon transverse. Extirpation. Anastomose latéro-latérale. Guérison après plusieurs années.*

Femme, 56 ans, diabétique.

37. BONNEY. — *Cancer du côlon transverse avec tumeur secondaire sur le sigmoïde simulant une tumeur maligne de l'ovaire. Double résection segmentaire. Double anastomose termino-terminale. Guérison.*

Femme, 61 ans, souffre de l'abdomen depuis plus de 4 mois. Constipation opiniâtre. A l'examen, abdomen distendu par une masse irrégulière occupant le quadrant inférieur gauche. Quantité considérable d'ascite dans l'abdomen. Au toucher vaginal, on constate que la masse provient probablement de la région de l'ovaire gauche. *Intervention* : Issue d'une grande quantité d'ascite dans le pelvis. Tumeur considérable formée par le transverse qui adhère au sigmoïde. Il s'agit d'une tumeur primitive du milieu du côlon transverse qui est tombée dans le pelvis, a adhéré au sigmoïde, l'a infiltré et s'est perforé en elle. Résection de la tumeur transverse,

anastomose termino-terminale. Résection de la tumeur du sigmoïde. Suture termino-terminale. Guérison parfaite. La malade a engraisé de plusieurs kilos. N'a aucun signe de récidence. Diagnostic histologique: columnar celled carcinoma.

38. CARYL POTTER. — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire. Suture termino-terminale. Guérison.*

Femme, 56 ans.

39. CARYL POTTER. — *Cancer du côlon transverse, adhérent au canal pylorique. Résection segmentaire. Suture termino-terminale. Guérison, maintenue deux ans après.*

Femme, 59 ans.

40.^e CHATON. — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire. Anastomose termino-terminale. Mort.*

Homme, 55 ans. Troubles gastro-intestinaux, depuis 5 ans. Alternatives de diarrhée et de constipation, avec nausées. Douleurs à l'épigastre. Amaigrissement. Tension dans la région épigastrique. *Intervention* : le 6 juillet 1921 : cancer annulaire du transverse. Résection et suture bout à bout. à 3 plans. Epiplooplastie. Fixation de la suture à la paroi. Mort en 2 jours, avec pouls rapide et délire.

41. DON. — *Cancer du côlon transverse. Résection. Anastomose termino-terminale. Guérison opératoire. Récidive probable à l'estomac.*

Femme, 60 ans.

24. ENGELSMANN. — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire. Résection d'une anse grêle. Mort.*

Homme, 43 ans. Troubles intestinaux depuis 8 ans. En mars 1907, douleurs gastriques, constipation, régurgitations. En juin 1907. apparition d'une tumeur au-dessous des côtes gauches. Amaigrissement.

43. GIBSON. — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire. Suture bout-à-bout. Guérison.*

Femme, 55 ans, vue pour une tumeur abdominale. Perte de poids. Etat général satisfaisant.

44. GUTBERLET. — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire. Suture bout-à-bout. Mort.*

Homme, 44 ans. Tumeur mobile.

45. GUTBERLET. — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire. Suture bout-à-bout. Guérison. Survie de 18 mois.*

Femme, 54 ans, souffre depuis 6 mois. Tumeur perçue profondément au niveau de l'ombilic.

46. HARTERT. — *Cancer du côlon transverse. Résection en un temps. Guérison.*

Femme, 54 ans.

47. HARTERT. — *Cancer du côlon transverse. Résection. Suture termino-terminale. Guérison.*

Femme, 40 ans. Troubles intestinaux depuis 6 mois. Tumeur à droite de l'ombilic.

48. HARTERT. — *Cancer du côlon transverse. Résection. Suture termino-terminale. Guérison.*

Homme, 51 ans. Tumeur à droite de l'ombilic. Signes de sténose pylorique. Diagnostic de cancer du pylore.

49. HARTERT. — *Cancer du côlon transverse. Résection, avec suture bout-à-bout. Guérison.*

Femme, 54 ans. Depuis 3 semaines, douleurs, vomissements, météorisme intense. Péristaltisme. Pas de tumeur.

50. HARTERT. — *Cancer du côlon transverse. Résection en un temps. Pneumonie. Mort au 23^e jour.*

Femme, 62 ans.

51. HARTERT. — *Cancer du côlon transverse. Résection en un temps. Guérison.*

Femme, 40 ans.

52. HARTMANN (Thèse d'Okinczyc). — *Cancer du milieu du côlon transverse. Résection segmentaire. Suture bout-à-bout. Mort.*

Femme, 58 ans. Crises d'obstructions fréquentes, depuis 6 mois. Vue le 22 août 1898, en état d'occlusion.

53. HARTMANN. — *Cancer de la partie gauche du côlon transverse. Colectomie en un temps, segmentaire. Anastomose latéro-latérale. Mort.*

Femme, 52 ans. Crises d'obstruction intestinale. Sang dans les selles. Tumeur au-dessous de l'hypocondre gauche. Péristaltisme.

54. HUSTIN. — *Cancer de la partie gauche du côlon transverse. Résection segmentaire. Suture termino-terminale. Guérison.*

Homme, 36 ans. Vu en mai 1912. En janvier 1912, crampes localisées dans la région épigastrique. Digestions mauvaises, constipation opiniâtre. Crises intermittentes d'obstruction intestinale. On sent profondément une tumeur dure, bosselée, mobile de haut en bas et légèrement douloureuse à la pression. A l'examen radioscopique, 11 heures après l'ingestion d'un repas bismuthé : le caecum, le côlon ascendant et la moitié droite du transverse, sont remplis par les aliments. L'ombre projetée est beaucoup plus large que normalement. Elle se termine brusquement, à gauche de l'ombilic, par deux couches, séparées l'une de l'autre par un petit prolongement. Le reste du gros intestin est entièrement vide. 15 heures après l'ingestion, le repas bismuthé est toujours arrêté sur le transverse, à gauche de l'ombilic. Le diagnostic s'impose de sténose du côlon transverse. *Intervention* : le 4 juin 1912 : tumeur circulaire du côlon transverse, située à gauche de la ligne médiane. Résection segmentaire. Anastomose bout-à-bout. Guérison. Au mois d'octobre 1912, le malade avait engraisé de 7 kilos, et ses selles étaient régulières.

55. KESSLER. — *Cancer de la partie moyenne du côlon transverse. Résection segmentaire. Suture bout-à-bout. Guérison. Récidive.*

Homme, 29 ans.

56. LAMBRET (Thèse de Veauveau). — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire. Suture termino-terminale. Mort.*

Homme, 31 ans. Depuis 18 mois, douleurs irradiées dans le ventre et à deux travers de doigts de l'ombilic, au-dessus et un peu sur la droite. Douleurs continues, sous formes de barres transversales. Constipation. Envies fréquentes d'aller à la selle. A l'examen : tuméfaction, de la taille d'un poing, faisant saillir la peau, à deux travers de doigts et au-dessus de l'ombilic.

57. LENNANDER (Cité par de Bovis). — *Cancer du milieu du côlon transverse, adhérent à la paroi abdominale anté-*

rieure. Résection de la paroi. Colectomie segmentaire. Suture bout-à-bout. Guérison après 6 ans.

Femme, 33 ans. Tumeur du volume d'un poing, au-dessous de l'ombilic.

58. LENORMANT. — *Cancer de la partie gauche du côlon transverse. Résection segmentaire en un temps. Suture termino-terminale. Guérison.*

Femme, 66 ans : ayant subi, il y a 15 ans, une hystérectomie abdominale. Présence, dans la région ombilicale, d'une tumeur arrondie, dure, mobile, sans troubles fonctionnels, sauf quelques douleurs et tiraillements que l'on peut attribuer à l'hystérectomie. A l'examen radioscopique : on fait le diagnostic de cancer du côlon transverse : dans sa moitié gauche, il existe un segment rétréci, où la bouillie barytée passe difficilement. Le 15 juin 1923. *Intervention* : cancer de la moitié gauche du transverse mobile, sans adhérences. Résection segmentaire, avec suture termino-terminale. Suites opératoires : simples. En novembre 1923, la malade est revue : fonctions intestinales normales, mais quelques tiraillement et un léger ballonnement du ventre. La radiographie, montre qu'il existe peut-être un rétrécissement cicatriciel ou une récurrence au niveau du segment intestinal opéré. Le 29 juin 1925, M. Lenormant a bien voulu nous écrire qu'il avait vu cette malade récemment : « Elle vit, nous écrit-il, après deux ans, sans traces de récurrence, sans phénomène d'obstruction, ayant quelque peu engraisé, se plaignant toujours de quelques douleurs abdominales et de quelques troubles digestifs, mais sans rien qui paraisse indiquer l'existence d'une récurrence ou d'une sténose grave de l'intestin. Je crois que l'arrêt du lavement, signalé quelques temps après l'opération, était dû à un spasme. »

59. LILIENTHAL. — *Cancer du côlon transverse. Résection. Suture bout-à-bout. Guérison, maintenue au bout de 17 ans.*

Homme, 43 ans. Cancer sténosant du côlon transverse. Résection et suture bout-à-bout, au bouton de Murphy. Un nombre considérable de ganglions infiltrés est laissé en place. Guérison, maintenue au bout de 17 ans.

60. LITTLEWOOD. — *Cancer du côlon transverse. Kyste de l'ovaire. Ovariectomie. Résection segmentaire. Suture bout-à-bout. Mort.*

Sténose par tumeur maligne du côlon transverse. On découvre la tumeur en enlevant une large adhérence d'un kyste ovarique. Depuis quelques mois, la malade s'aperçoit qu'elle grossit, et accuse des douleurs. Constipation, qui cède au purgatif. Tumeur ovarienne.

61. LITTLEWOOD. — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire. Suture bout-à-bout. Guérison après 2 ans.*

Homme, 34 ans. Douleurs vagues. Tumeur en bas et à droite de l'ombilic.

62. PETERMANN. — *Cancer du côlon transverse. Résection. Suture bout-à-bout. Guérison opératoire. Récidive 6 mois après.*

Homme, 37 ans. Depuis 6 mois : vomissements, constipation. Tumeur à droite, sous les côtes, dure, mobilisable.

63. PETERMANN. — *Cancer du milieu du côlon transverse. Résection segmentaire. Anastomose bout-à-bout. Mort.*

Femme, 62 ans. Diarrhée depuis 2 mois. Depuis 4 jours, iléus complet.

64. PETERMANN. — *Cancer du milieu du côlon transverse. Résection. Anastomose latéro-latérale. Guérison.*

Femme, 47 ans. Depuis 9 mois : douleurs, coliques, constipation. Crises coliques. Tumeur à droite, sous les côtes, dure, grosse comme un poing, mobile.

65. POLLOSSON Auguste (Thèse de Cavaillon). — *Cancer utérin. Hystérectomie vaginale (Laroyenne), il y a 9 ans. Cancer de la partie gauche du côlon transverse. Résection segmentaire. Suture bout-à-bout. Mort.*

Femme, 53 ans. Opérée, il y a 9 ans, par Laroyenne, d'un cancer utérin. Depuis quelques mois, troubles gastro-intestinaux, caractérisés par des indigestions et des vomissements. On perçoit une tumeur un peu à gauche de l'ombilic. Le 21 février 1905, cancer de la partie gauche du côlon transverse. Résection segmentaire. Suture bout-à-bout. Mort au sixième jour. Examen histologique : il s'agit d'un adéno-

carcinome, ou mieux, d'un épithélioma glandulaire à type cylindrique, rappelant de tous points les épithéliomas glandulaires du corps de l'utérus.

66. PROUST, WOLFROM ET BENDER. — *Cancer colloïde de la partie droite du côlon transverse. Résection. Colo-colostomie latéro-latérale. Guérison. Survie de 8 ans.*

Homme, 36 ans. Souffre de diarrhées chroniques, depuis plus de 10 ans. Crisès douloureuses, vomissements. L'abdomen présente une voussure dans le flanc droit, où l'on découvre une tumeur du volume d'un poing, ovoïde, dure, mobilisable dans tous les sens. *Intervention* : le 27 décembre 1909. Tumeur volumineuse, de la partie droite du côlon transverse, s'étendant jusqu'à l'angle droit et débordant un peu la ligne médiane. Adhérence à l'épiploon. Résection segmentaire. Suture en bourse. Anastomose colo-colique latéro-latérale. Guérison. La pièce pèse 320 grammes. A l'examen histologique : épithélioma colloïde. Survie de 8 ans. En 1917, récédive.

67. ROTTER. — *Cancer de la partie gauche du côlon transverse. Résection segmentaire. Anastomose termino-terminale. Guérison.*

Homme, 42 ans. Coliques, mœlana. Tumeur mobile, dans l'hypocondre gauche.

68. ROTTER. — *Cancer du milieu du côlon transverse. Résection segmentaire. Suture termino-terminale. Mort.*

Femme, 63 ans. A remarqué une tumeur dans son ventre, tumeur de la grosseur d'une boule de billard.

69. ROTTER. — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire. Suture termino-terminale. Guérison.*

Femme, 51 ans. Vomissements, perte des forces, météorisme. Résistance à l'épigastre. Pas de tumeur.

70. ROUX, de Lausanne (Thèse de Vuichoud). — *Cancer du côlon transverse. Colectomie segmentaire. Guérison, pendant 6 ans et 1/2.*

Homme, 51 ans 1/2. Résection du cancer du côlon transverse, le 27 janvier 1894. Diagnostic histologique : cancer à cellules cylindriques. Rentré chez lui, le malade augmente rapidement de poids, reprend ses occupations, ressent seule-

ment quelques douleurs dans le ventre et est légèrement constipé. Son état reste satisfaisant durant 6 ans 1/2. En avril 1900, il s'alite et meurt de néphrite, le 29 avril 1900.

71. Roux, de Lausanne (Thèse de Vuichoud). — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire. Survie de 3 ans. Mort de généralisation hépatique.*

Femme, 43 ans. Sans histoire clinique. Résection d'un cancer du côlon transverse, le 3 juillet 1903. La malade est restée bien portante jusqu'en janvier 1906. A cette époque, elle fit un ictère intense avec amaigrissement. Il s'agissait de péritonite, avec ascite, sans troubles de la circulation intestinale. Mort le 18 juin 1906. Donc survie de 2 ans et 11 mois.

72. Roux, de Lausanne (Thèse de Vuichoud). — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire. Survie de 19 ans 1/2.*

Femme, 59 ans. Aucune histoire clinique. Résection d'un cancer du côlon transverse, le 2 mars 1894. Diagnostic histologique : cancer à cellules cylindriques. Depuis, la malade a toujours été en excellente santé. Ses selles sont régulières. Elle a été revue en septembre 1911 et avril 1913. A cette dernière époque, la survie était donc de 19 ans 1/2.

73. Roux, de Lausanne (Thèse de Vuichoud). — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire. Guérison, après 10 ans et 7 mois.*

Femme, 44 ans, sans histoire clinique. Le 10 novembre 1902, résection segmentaire. Diagnostic histologique : cancer. Toujours vivante en avril 1913. A cette époque, survie de 10 ans et 7 mois.

74. TIXIER (Inédite). — *Cancer de la partie moyenne du côlon transverse. Résection, Mort.*

Homme, 43 ans. Depuis 2 ans, douleurs abdominales épigastriques, avec crises coliques. On sent une tumeur sous les fausses côtes, un peu à gauche du grand droit, tumeur dure, douloureuse à la pression. *Intervention* : le 31 octobre 1905 : cancer de la partie moyenne du côlon transverse qui adhère à la partie moyenne de la grande courbure. Résection. Mort le 7 novembre.

76. VIANNAY. — *Cancer du côlon transverse, chez une femme enceinte de 3 mois. Colectomie segmentaire. Anastomose latéro-latérale. Guérison. Continuation de la grossesse. 2 ans après, généralisation dans le foie.*

Femme, 35 ans. Depuis 6 mois, constipation insolite, avec crises frustes d'occlusion. Crises avec péristaltisme. Quelques vomissements. La malade est enceinte, elle se cachectise et entre à l'hôpital. A l'examen, ballonnement du ventre modéré. Amaigrissement de 14 kilogs, depuis 6 mois. On élimine le diagnostic de vomissements de la grossesse. *Intervention* : le 17 juin 1910 : cancer du côlon transverse, à sa partie moyenne. Résection segmentaire. Suture latéro-latérale, à la soie. Guérison rapide, après une fistule stercorale, qui s'oblitére spontanément, au bout de 15 jours. Examen histologique (Paul Savy) : Epithélioma typique. Un ganglion prélevé ne présente aucune formation cancéreuse. Au début de 1912, masse indurée profonde, de la région sus-ombilicale, sans troubles de la circulation intestinale. Mort par généralisation hépatique.

77. VILLARD (Inédite). — *Cancer du milieu du côlon transverse. Colectomie segmentaire. Suture bout-à-bout. Guérison maintenue après 10 ans.*

Femme, vue pour une tumeur sus-ombilicale, avec des signes d'obstruction intestinale et des troubles digestifs accentués. *Intervention* : cancer du milieu du transverse. Colectomie segmentaire. Suture bout-à-bout. Guérison parfaite, maintenue après 10 ans.

78. WALDENSTROM. — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire. Colo-colostomie latéro-latérale. Survie de 2 ans. Mort de récurrence.*

Femme, 59 ans. Pas d'histoire clinique.

79. WALTON-MARTIN. — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire. Anastomose bout-à-bout. Guérison pendant 17 ans. Récurrence iléo-cæcale. Résection iléo-cæcale. Guérison.*

Femme, 51 ans. Opérée en mai 1894, par M. le Dr Paul Duterbridge, pour un cancer du côlon transverse : résection segmentaire, anastomose bout-à-bout, avec un bouton de Murphy. Dans la suite, éventration sur la cicatrice de la

laparotomie. En 1911, la malade se fait examiner. On sent une tumeur dans la partie droite de l'abdomen. Incision sur l'ancienne cicatrice : cancer iléo-cæcal. Résection iléo-cæcale. Anatomose latéro-latérale. Guérison.

80. WITTMER. — *Cancer du côlon transverse, adhérent à l'estomac. Résection segmentaire. Suture bout-à-bout. Mort.*

Homme, 49 ans, avec une tumeur mobile, bosselée, dans la région rénale gauche. Diagnostic histologique : adénocarcinome, à cellules cylindriques.

81. WITTMER. — *Cancer du côlon transverse. Résection. Suture bout-à-bout. Mort.*

Homme, 37 ans. Diagnostic histologique : adénocarcinome.

82. WOOLSEY. — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire. Anastomose latéro-latérale. Guérison après 4 ans.*

Homme, 60 ans. Douleurs épigastriques, coliques épigastriques du côté droit de l'abdomen, constipation, vomissements. Examen radiographique, négatif. Diagnostic de cancer de l'estomac. Sensation de résistance et de masse très diffuse à l'hypocondre gauche.

2. — *Colectomie étendue : Hémicolectomie et colectomie subtotale.*

83. BAKES. — *Cancer du côlon transverse et du côlon sigmoïde. Colectomie étendue. Colo-colostomie. Guérison.*

Femme, 50 ans. Douleurs abdominales avec selles irrégulières, diarrhée fréquente. On sent, dans l'épigastre gauche, une tumeur oblique, mobile, qui remonte jusqu'au côlon.

84. CHALIER A. ET BOCCA (Inédite). — *Cancer de la partie droite du côlon transverse. Hémicolectomie droite. Iléo-transversostomie. Mort.*

Femme, 66 ans. troubles dysentériformes, depuis 4 mois : 4 à 5 selles par jour. Amaigrissement de 5 à 6 kilogs. Pâleur, température 38°6. Grosse masse dans l'hypocondre droit du volume d'une tête de fœtus. *Intervention* : le 17 avril 1923 : hémicolectomie droite. Iléo-transversostomie. Mort de collapsus, en 36 heures.

86. DAVAUX. — *Cancer du côlon transverse (partie moyenne). Hémicolectomie. Iléo-sigmoïdostomie. Guérison.*

Femme, vue le 1^{er} décembre 1923, pour phénomènes d'obstruction. A plusieurs reprises, a déjà fait des accidents semblables. *Intervention* : le 1^{er} décembre 1923 : cancer de la partie médiane du transverse. Hémicolectomie étendue jusqu'à l'angle gauche. Iléo-sigmoïdostomie. Guérison, après petite fistule stercorale, rapidement fermée.

86. DENK. — *Cancer du côlon transverse. Résection. Iléo-colostomie. Mort au 3^e jour.*

Homme, 56 ans.

87. DENK. — *Cancer du côlon transverse et du côlon ascendant. Résection. Iléo-colostomie latérale. Guérison après 7 ans.*

Femme, 43 ans. Pas de renseignements cliniques. *Intervention* : le 4 octobre 1901 : cancers du côlon ascendant et du côlon transverse, séparés l'un de l'autre par une muqueuse normale. Hémicolectomie droite, iléo-colostomie latérale. Guérison. Malade revue 7 ans après, bien portante.

88. DENK. — *Cancer du côlon transverse. Résection. Iléo-colostomie latérale. Mort.*

Homme, 59 ans. Vu en iléus chronique.

89. GIBBON. — *Cancer du côlon transverse, adhérent au côlon sigmoïde. Résection du transverse, du descendant et de la partie supérieure du sigmoïde. Anastomose bout-à-bout. Guérison après 4 ans.*

Femme, 68 ans. Troubles digestifs, d'allure aiguë. Péristaltisme. On sent une masse dans la fosse iliaque gauche, masse mobile, molle. Diagnostic de cancer du côlon sigmoïde ou d'invagination chronique. Diagnostic histologique : adéno-carcinome du côlon transverse. La malade, revue 4 ans après, reste parfaitement guérie.

90. VON HABERER. — *Cancer du côlon transverse (partie droite). Hémicolectomie. Iléo-transversostomie latéro-latérale. Guérison.*

Femme, 50 ans, chez laquelle on sent une tumeur au niveau de l'angle droit. Diagnostic histologique : cancer.

91. VON HABERER. — *Cancer du côlon transverse (partie moyenne). Hémicolectomie. Iléo-transversostomie latéro-latérale. Guérison.*

Femme, 53 ans. Gargouillements. Tumeur, sur le milieu du côlon transverse.

92. VON HABERER. — *Cancer du côlon transverse, avec métastase. Péritonite. Hémicolectomie. Iléo-colostomie latéro-latérale. Anurie. Mort.*

Femme, 42 ans. Tumeur au niveau de l'ombilic. Distension du caecum. On s'aperçoit, au cours de l'opération, qu'au niveau de la veine Porte, existe une métastase, qui englobe la veine Mésentérique supérieure. Anurie. Mort.

93. HARTERT. — *Cancer du côlon transverse. Hémicolectomie. Guérison.*

Homme, 51 ans.

94. MATHIEU. — *Cancer du côlon transverse. Hémicolectomie. Iléo-transversostomie. Guérison.*

Femme, 53 ans, qui accuse, depuis un an, des douleurs généralisées dans l'abdomen. Depuis 3 mois, amaigrissement, douleurs plus vives. Abdomen dur, ballonné, sensible à la palpation. Un mélæna abondant. A la palpation, grosse tumeur sous-ombilicale. *Intervention* (Ricard) : tumeur de la partie moyenne du côlon transverse. Hémicolectomie droite. Iléo-colostomie. Guérison.

95. PATEL (Inédite). — *Cancer de la portion droite du côlon transverse. Hémicolectomie droite. Iléo-sigmoïdostomie. Mort.*

Homme, 69 ans. Depuis 1 mois seulement, constipation. Douleurs, sous formes de barres transversales, au niveau de l'ombilic. A remarqué lui-même une voussure de sa fosse iliaque droite, disparaissant et reparaissant par intermittence. A l'examen : homme un peu amaigri, sans aucun autre symptôme, qu'un péristaltisme coecal extrêmement net. *Intervention* : le 7 février 1925 : cancer de la portion droite du côlon transverse. annulaire, petit, adhérent dans la profondeur du côté du pancréas. Caecum considérablement distendu. 1° Hémicolectomie droite. 2° Iléo-sigmoïdostomie.

Au niveau du cancer, l'adhérence au pancréas constitue une très grosse difficulté. On est obligé de lier la veine gastro-duodénale et la veine gastro-épiploïque. Hémostase très laborieuse du pancréas. Mort le 3^e jour, par choc, sans aucune réaction péritonéale.

96. .PATEL. — *Cancer du milieu du côlon transverse. Colectomie, s'étendant jusqu'à l'angle gauche. Iléo-sigmoïdostomie. Guérison, maintenue 4 ans après l'opération.*

Femme, 51 ans, qui voit son état général s'affaiblir progressivement depuis le mois d'août 1920, sans raison et sans troubles particuliers. En juillet 1921. accès de diarrhée abondante, presque incoercible, avec selles non sanglantes, avec poussées fébriles élevées. Vue par le D^r Lucien Thévenot, en août 1921 : la malade présente une tuméfaction à hauteur de l'ombilic : elle est adressée à M. Patel. A l'examen : amaigrissement accentué : faiblesse générale, appétit diminué, diarrhée intermittente, mais profuse et fétide, précédée de coliques abdominales pénibles et suivie de soulagement immédiat. Tumeur de la grosseur d'une orange, au-dessus et à gauche de l'ombilic, dure, non douloureuse, distincte du foie et de l'estomac. Tension intermittente du caecum : après quelques excitations superficielles, on note une voussure très nette dans la région cæcale. La radiographie confirme le diagnostic de tumeur du côlon transverse. *Intervention* : le 31 août 1921. Incision sous-ombilicale, remontant un peu au-dessus de l'ombilic. Cancer de la partie moyenne du transverse. Adhérénces du grand épiploon, qui grossissent la tumeur. Le ligament gastro-colique est étiré. Section de l'iléon près du caecum. Colectomie s'étendant jusqu'au niveau de l'angle gauche. Iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale au bouton de Jaboulay. Suites opératoires simples, sauf petit abcès de la paroi.

En août 1924, douleur brusque abdominale, température élevée, pouls rapide. Phénomènes d'intoxication gangréneuse. Masse sus-ombilicale sonore. On intervient. Incision d'un abcès qui contient du pus gazeux et des débris sphacelés. Au 10^e jour, fistule stercorale. Un examen radioscopique montre que la fistule intestinale part du grêle, à 3 doigts de l'iléo-sigmoïdostomie. Actuellement : 20 septembre 1925, il persiste

une toute petite fistulette, grosse comme une tête d'épingle. L'état général reste excellent, après 4 ans. Il s'est agi probablement d'une perforation de l'intestin grêle, au-dessus de l'anastomose.

97. PERRIN (Inédite). — *Cancer de la partie droite du côlon transverse. Hémi-colectomie. Iléo-transversostomie. Guérison, maintenue 3 ans après.*

Femme, 52 ans. Vue le 12 août 1922, pour tumeur à l'hypochondre. Troubles intestinaux, datant de 3 ans. *Intervention* : le 1 septembre 1922 : cancer de la partie droite du côlon transverse. Hémi-colectomie droite. Implantation termino-latérale, au bouton, du grêle dans la moitié droite du transverse. Guérison. Revue en 1925, bien portante.

98. PETERMANN. — *Cancer de la partie droite du côlon transverse. Hémi-colectomie. Iléo-transversostomie. Guérison.*

Homme, 48 ans. Depuis 7 mois, douleurs à droite, inappétence, faiblesse, tumeur à droite. Il refuse l'intervention. Quelques mois après, il revient avec une volumineuse tumeur. *Intervention* : le 13 novembre 1907. Très grosse tumeur, qui commence au caecum et s'étant jusqu'à la moitié du côlon transverse. Hémi-colectomie droite. Iléo-transversostomie termino-terminale. Il s'agit d'un gros cancer du côlon transverse, qui, à travers le méso-côlon, est allé au caecum et a formé un ulcus carcinomateux. Guérison opératoire. Revu 2 mois après, bien portant.

99. RADICE. — *Diabète. Cancer du côlon transverse. Colectomie sub-totale. Iléo-colostomie termino-latérale. Mort 8 jours après de coma diabétique.*

Homme, 64 ans. Depuis plusieurs mois, troubles de la défécation. Diabète. Tumeur palpable à l'épigastre.

100. RADICE. — *Cancer du milieu du côlon transverse. Résection. Iléo-transversostomie termino-latérale. Guérison.*

Homme, 13 ans. Depuis de nombreux mois, douleurs abdominales, vomissements, fièvre. Douleurs et résistance au point de Mac Burney. *Intervention* : le 29 octobre 1919 : appendicectomie. Le 3 février 1920, le malade a continué de souffrir. On sent, au milieu du côlon transverse, une résistance molle et une tumeur. Résection d'une tumeur du milieu

du côlon transvers.e Réunion termino-latérale de la fin de l'iléon et du côlon transverse. Guérison.

101. RUSSEL. — *Cancer du côlon transverse. Colectomie. Guérison 8 mois après.*

Obstruction incomplète. Pas de tumeur perçue.

102. TAVERNIER. — *Cancer de la partie droite du côlon transverse. Hémicolectomie droite. Anastomose latéro-latérale. Guérison, maintenue 10 ans après.*

Homme, 48 ans. Entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en août 1912, pour coliques douloureuses, ayant débuté 6 mois auparavant et s'étant accompagnées de moelena à plusieurs reprises. On sent, dans la fosse iliaque droite, une tumeur mobile, dure, grosse comme un poing. Diagnostic de tumeur du caecum. *Intervention* : le 14 août 1912 : laparotomie. Cancer de la partie droite du côlon transverse, légèrement fixé par quelques adhérences. Gros ganglions dans le mésentère, au devant du pancréas et le long de la grande courbure de l'estomac. Hémicolectomie droite, avec anastomose latéro-latérale au bouton. Guérison. Examen histologique : Epithélioma métatypique. Un ganglion prélevé est reconnu néoplasique. Le malade est revu au bout de 6 mois, en parfait état de santé, sans troubles digestifs, mais on sent, dans la fosse iliaque droite, une masse arrondie, mobile, plaquée contre la paroi postérieure. Le 30 janvier 1913, laparotomie sur l'ancienne cicatrice. La tuméfaction est le rein très abaissé. Guérison maintenue dix ans après.

103. TIXIER (Inédite). — *Cancer de la partie droite du côlon transverse. Hémicolectomie droite. Iléo-transversostomie latéro-latérale. Guérison.*

Femme, 60 ans. Souffre depuis 10 ans de l'abdomen, du côté droit. Douleurs survenant par intermittence, s'accompagnant de constipation et de perte de l'appétit. En janvier 1924, coliques abdominales douloureuses, revêtant le type de crises appendiculaires. Jamais de vomissements. Jamais de température. Constipation opiniâtre. La malade, interrogée, dit que, souvent, elle a eu des coliques, dont l'évolution était toujours la même et qui se terminaient toujours dans la fosse iliaque, coliques qu'elle a toujours prises pour des

indigestions. A l'examen, on sent une masse allongée, au-dessus de l'arcade de Fallope, mobile, résistante.

Intervention : le 28 mars 1924 : cancer de la partie droite du côlon transverse. Il existe un magma épiploïque, réunissant le tiers droit du côlon transverse à la portion ascendante du côlon. Sous cet épiploon infiltré, on perçoit une tumeur dure, en ficelle, qui siège sur le côlon transverse. Hémicolec-tomie droite. Iléo-transversostomie latéro-latérale, à la suture. Guérison. La malade est revue en juin 1925. Elle se plaint de douleurs qui ont débuté, il y a 3 mois environ, douleurs vives, s'irradiant en ceinture, sans aucun troubles sensitifs ni moteurs. La radiographie de la colonne vertébrale est négative. On élimine la possibilité d'une métastase vertébrale, la malade, ayant engraisé de 9 kilogs depuis son intervention. L'état intestinal est excellent. Une radiographie pratiquée, montre le fonctionnement parfait de la bouche anastomotique.

3. — *Extériorisation.*

104. ANSCHUTZ. — *Cancer du milieu du côlon transverse. Extériorisation. Résection. Fermeture de l'anus. Guérison après 4 ans.*

Femme 35 ans. Il y a 3 ans, douleurs abdominales très violentes, sous forme de coliques, avec constipation et vomissements. Il y a 2 ans, puis, plus récemment, il y a 3 mois, mêmes symptômes. Depuis, les douleurs se sont amendées. Mais, il y a 8 jours, nouvelle crise douloureuse, avec 3 vomissements. Amaigrissement de 25 livres. A l'examen, le ventre n'étant pas météorisé, on sent, immédiatement au-dessus de l'ombilic, une tumeur plate, dure, peu sensible, mobile, à surface paraissant lisse. Un lavement d'un litre et demi, fait disparaître la tumeur. Le 6 août, surviennent des vomissements fécaloïdes, en même temps que les anses intestinales se dessinent nettement sous la peau. *Opération de Mickulicz*, le 8 août 1902, avec résection immédiate de la tumeur. Tubes de verre dans les 2 bouts. On place, le 25 octobre 1902, le premier entérotome et le deuxième le 1^{er} novembre. Le 20 novembre, on procède à la fermeture de l'anus, mais, il reste une fistulette. Le 25 décembre, la malade part guérie. Elle vit, sans récurrence, depuis plus de 4 ans.

105. ANSCHUTZ. — *Cancer du milieu du côlon transverse. Extériorisation. Résection. Fermeture de l'anús. Récidive 13 mois après.*

Homme, 52 ans. Constipation, selles intermittentes, reste une fois 8 jours sans aller à la selle. A l'examen, on sent une tumeur du volume d'une tête d'enfant au-dessous du rebord costal gauche, sensible à la pression et peu mobile, séparée du foie et de la rate. *Opération de Mickulicz*, le 26 juin 1899. Il n'y a pas de ganglions dans le méso. Extériorisation. Le 30 juin, résection. Le 14 juillet, on place l'entérotome. Le 2 août, on ferme l'anús. Part guéri, le 24 août, après 2 mois de traitement. Mort 13 mois après, de récídive.

106. ANSCHUTZ. — *Cancer du côlon transverse. Extériorisation. Mort.*

Homme, 54 ans. Perte de l'appétit, amaigrissement de 9 kilogs. Tumeur, de la grosseur d'un poing, à droite de l'ombilic. *Intervention* : le 30 juin 1904. Extériorisation du côlon transverse. Ablation de la tumeur, le soir même. Mort 6 jours après.

107. ANSCHUTZ. — *Cancer de la partie droite du côlon transverse. Extériorisation. Résection. Fermeture de l'anús. Guérison après 2 ans 1/2.*

Homme, 34 ans. Début par constipation et vomissements. On soupçonne un carcinome stomacal, mais, à l'examen, on trouve, à droite, au-dessous de l'ombilic, une tumeur du volume d'une pomme, non douloureuse, et fixe. *Opération de Mickulicz*, le 11 juin 1904. On trouve une tumeur entourée d'adhérences, et fixée à la vésicule qui se laisse détacher. La tumeur, se trouve à la limite du tiers moyen et droit du côlon transverse. Extériorisation. Résection. 2 jours après on place l'entérotome, à 2 reprises (16, 33 jours après l'opération). Fermeture de l'anús 54 jours après l'opération. Vit sans récídive, depuis 2 ans et 1/2.

108. ANSCHUTZ. — *Cancer de la partie droite du côlon transverse. Extériorisation. Résection. Fermeture de l'anús. Guérison après 6 mois.*

Femme, 61 ans. Il y a 2 ans, la malade ressentit des douleurs dans la partie droite du ventre. Il y a 1 an et 1/2, elle

fit une crise d'obstruction intestinale, puis évacua le pus d'un abcès pérityphlitique. Elle eut une nouvelle crise 14 jours après. Depuis le mois d'août 1905, la malade présente des alternatives de constipation et de diarrhée, des vomissements. A l'examen, on sent une tumeur, à droite de l'ombilic, du volume d'un poing et mobile avec la respiration. *Opération de Mickulicz*, le 12 avril 1906. On trouve une tumeur qui siège du côté droit du transverse et qui présente de larges adhérences, dans la région du duodénum. On résèque en même temps que le mésentère, un ganglion dur, augmenté de volume. Extériorisation typique. Le 13 avril, on procède à la résection, et l'on met des tubes de verre dans les 2 bouts afférent et efférent. On place l'entérotome à 3 reprises, le 30 avril, le 13 et le 23 juin. On procède à la fermeture de l'anus le 2 juillet. Part guérie, le 15 juillet 1906, 2 mois et 27 jours après l'opération. Vit, sans récurrence, depuis 6 mois.

109. BAZY. — *Cancer du côlon transverse. Extériorisation. Guérison.*

Homme, 57 ans, tumeur siégeant au-dessus de l'ombilic, de forme irrégulière, mobile verticalement, moins mobile dans le sens transversal. Pas de troubles gastriques; alternatives de diarrhée et de constipation. Selles glaireuses et sanguinolentes. Amaigrissement. 1° Le 24 décembre 1905, extériorisation de la tumeur. Section de l'épiploon gastro-colique. Section du méso-côlon et du grand épiploon. On attire 5 centimètres de côlon sain de chaque côté de la tumeur. Fixation à la paroi. 2° Le 3 janvier 1906, résection de la tumeur, au ras de la peau. 3° Section de l'épéron à l'entérotome de Dupuytren. 4° Fermeture de l'orifice intestino-cutané. Guérison.

110. André CHALIER (Inédite). — *Cancer de la partie gauche du côlon transverse. Extériorisation. Résection immédiate. Fermeture de l'anus. Guérison après 18 mois.*

Femme, 38 ans. Vue en sub-occlusion intestinale, avec bon état général. Masse mobile, ballottante, dans la fosse iliaque gauche, grosse comme 2 poings. *Intervention* : le 13 février 1924 : extériorisation d'un cancer de la partie gauche du côlon, avec résection immédiate de la tumeur. Tube de Paul

dans le bout supérieur. Suites opératoires très simples. Le 26 mai 1924 : fermeture de l'anús par entérorraphie latérale, extra-péritonéale. Guérison parfaite, maintenue en septembre 1925.

111. COTTE (Inédite).— *Cancer du côlon transverse (partie moyenne). Extériorisation.*

Femme, 52 ans. Vue pour des troubles gastriques. Douleurs lancinantes survenues 3 heures après les repas. Vomissements. Une hémétamèse abondante. A l'examen, pas d'ondes péristaltiques, pas de météorisme. Palpation douloureuse. Pas de tumeur. A l'examen radioscopique : estomac hypertonique et hyperkinétique. Malgré l'absence de symptômes nerveux, on pense à des crises gastriques, et on procède à l'intervention, avec l'intention de pratiquer l'énervation gastrique. *Intervention* : le 10 décembre 1924 : *laparotomie sus-ombilicale médiane*. Estomac grand, sans lésion. En décollant l'épiploon pour explorer la face postérieure, on découvre une petite tumeur, en virole, du côlon transverse. Pas de ganglions dans le méso. Extériorisation du côlon transverse. Appendicostomie. Le 15 décembre 1924, résection de la tumeur et suture de la demi circonférence postérieure. Actuellement (septembre 1925), la malade n'a pas encore voulu se faire fermer son anus.

112. COTTE. — *Cancer du côlon transverse. Occlusion. Extériorisation et anus. Résection secondaire et fermeture de l'anús. Guérison.*

Femme, 50 ans. Depuis 2 ans, à différentes reprises, coliques intestinales avec obstruction. Une saison à Chatel-Guyon, en 1921. Le 26 octobre 1921, vue en état d'occlusion, avec ondes péristaltiques, allant jusqu'à la fosse iliaque gauche. *Intervention* : le 26 octobre 1921 : incision de Mac Burney, dans la fosse iliaque gauche. On déroule l'anse distendue que l'on croit être le sigmoïde. On peut extérioriser la tumeur. Le 3 novembre 1921, résection de la tumeur et suture, dans la moitié de leur circonférence, des 2 bouts intestinaux. Suites très simples. Le 21 mars 1922, la malade a engraisé de 14 kilogs, et demande la fermeture de son anus. *Intervention* : le 21 mars 1922 : fermeture de l'anús, par simple

entérorraphie latérale, les 2 moitiés postérieures ayant déjà été suturées. On s'aperçoit qu'il s'agit d'un cancer du transverse. Guérison.

113. Pierre DELBET. — *Cancer du côlon transverse. Occlusion. Extériorisation. Mort au 8^e jour.*

Homme, 48 ans, très affaibli.

114. DENK. — *Cancer du côlon transverse. Extériorisation. Iléo-sigmoïdostomie. Résection. Mort par pneumonie.*

Homme, 52 ans. Depuis 2 ans, diarrhée, douleurs. A l'examen : péristaltisme, vomissements, mélaena. Tumeur à droite et au-dessous de l'ombilic. *Intervention* : le 13 mai 1905 : tumeur du milieu du côlon transverse, de la grosseur de 2 poings. Anastomose iléo-sigmoïdienne et extériorisation de la tumeur. Le 15 mai, résection de la tumeur. Mort de pneumonie quelques jours après.

115. DENK. — *Cancer du côlon transverse. Extériorisation. Résection. Guérison.*

Homme, 41 ans. Depuis 2 ans, crampes gastriques, constipation. Il y a 14 jours, douleurs intenses, vomissements. A l'examen, symptômes d'occlusion. *Intervention* : le 20 janvier 1909 : tumeur dure et sténosante sur le côlon transverse. Extériorisation typique. Le 27 janvier, résection. Guérison.

116. DOWD. — *Cancer du côlon transverse. Extériorisation. Résection. Guérison.*

Homme, 43 ans. Histoire de douleurs et de coliques pendant 11 mois. Amaigrissement de 15 livres. Le 15 avril 1918, intervention : Opération de Mickulicz en 2 temps. Guérison. Revu 2 ans après, bien portant.

117. HOCHENEGG (Thèse de Cruet). — *Cancer du milieu du côlon transverse. Iléus. Opération typique de Hochenegg (extériorisation, fistulisation du bout supérieur avec tube de verre). 10 jours après, résection, suivie de suture circulaire et de fermeture de la paroi. Durée du traitement non spécifiée. Guérison. Survie.*

Femme, âgée de 76 ans, qui présente de l'iléus, un mauvais état général. Le diagnostic local est impossible à faire. *Opération*, le 11 juin 1894. Laparotomie : on trouve un carci-

nome du côlon transverse, circulaire, refoulé à gauche par une dilatation énorme du côlon. Comme il n'y aurait certainement pas congruence des deux bouts, on procède à des tractions pour amener le néoplasme dans la plaie. Extériorisation. Mèche de gaze à travers le méso-côlon. Rétrécissement par sutures des angles de la plaie. Dans l'après-midi, on fait une petite ouverture au-dessus du cancer, ouverture dans laquelle on introduit un tube de verre. Grâce à cet anus, l'état général s'améliore, et au bout de 10 jours, l'intestin étant complètement vidé, on pratique (21 juin) la résection du carcinome; on fait suivre cette résection d'une suture circulaire des deux bouts de l'intestin. Fermeture de la paroi abdominale. Guérison.

118. IMBERT. — *Cancer du côlon transverse dans une hernie ombilicale. Résection segmentaire. Abouchement des deux bouts à la peau. Guérison.*

Femme, 52 ans, qui vient consulter pour une tumeur ombilicale datant de 3 ans et déterminant des accidents douloureux depuis 3 semaines. Tumeur ombilicale douloureuse, irréductible, ventre ballonné. Aucune selle depuis 2 jours. Pas de vomissements. On porte le diagnostic de hernie ombilicale enflammée. *Laparotomie médiane.* On ouvre le sac qui contient une masse charnue à prolongement intra-abdominal à travers l'anneau. Après ouverture large de cet anneau, on attire toute la masse au dehors, masse formée d'épiploon et de côlon transverse néoplasés. Résection. Abouchement des deux bouts. Résection du sac herniaire. Guérison. Diagnostic histologique : cancer.

119. JOPSON. — *Cancer du côlon transverse. Obstruction intestinale. Opération de Mickulicz. Guérison.*

120. KESSLER. — *Cancer de la partie gauche du côlon transverse. Résection segmentaire avec abouchement des deux bouts à la peau. Mort.*

Femme, 40 ans. Tumeur à gauche de la ligne médiane.

121. LAROYENNE (Inédite). — *Cancer de la partie moyenne du côlon transverse. Extériorisation. Survie d'un an. Métastases péritonéales.*

Femme, 65 ans. Symptomatologie de néoplasme gastrique.

Haleine infecte. Stercorémie. Masse dure et mobile dans le flanc gauche. *Intervention*, janvier 1922 : cancer du milieu du transverse. Forme de squirrhe. Double ligature à la gaze sur le côlon que l'on extériorise. Cinq jours après, section de l'intestin au thermo-cautère. Suites simples : la soudure se fait entre les deux bouts intestinaux accolés. On pratique au thermo l'excision de l'éperon constitué par cet accollement. A partir de ce moment les gaz et quelques matières passent par l'anus normal. La malade a été revue environ un an après son intervention. Elle était toujours porteur de son anus artificiel et présentait tous les signes d'une péritonite cancéreuse.

122. Pierre Mocquot. — *Cancer de la partie gauche du côlon transverse. Extériorisation et résection de la tumeur le même jour. Fermeture de l'anus 7 mois après. Guérison maintenue après 4 ans.*

Homme, 50 ans, se plaignant de coliques douloureuses depuis 2 ans 1/2. Malade amaigri, conservant un état général à peu près satisfaisant. Ventre ballonné. Contractions péristaltiques fréquentes siégeant sur le côlon transverse et s'arrêtant à l'hypocondre gauche. *Intervention*, le 22 mars 1920. Cancer de la partie gauche du transverse. Extériorisation : après 1° isolement du grand épiploon et du ligament gastro-côlique 2° incision et décollement des 2 feuillets du mésocôlon qui sont suturés au péritoine antérieur. Ensuite résection de l'intestin et du méso. Suture des 2 bouts sur les deux tiers postérieurs de leur circonférence. Suites simples : sauf pleurésie purulente. Décembre 1920 : fermeture de l'anus. Actuellement, 7 mai 1924 : le malade reste parfaitement guéri.

123. Moskowicz. — *Cancer du côlon transverse : 1° Cæcostomie; 2° Extériorisation; 3° Fermeture de l'anus. Guérison au bout de 5 ans.*

Homme, 67 ans. Iléus aigu.

124. Petermann. — *Cancer de la partie gauche du côlon transverse. Absès périnéoplasique. Extériorisation. Résection. Guérison. Récidive après 8 mois.*

Femme, 56 ans : pas de renseignements cliniques.

125. PETERMANN. — *Cancer du milieu du côlon transverse. Extériorisation. Résection. Mort.*

Femme, 56 ans. Depuis 4 mois, constipation. Depuis 5 jours, iléus.

126. PETERMANN. — *Cancer du milieu du côlon transverse. Opération de Mickulicz. Guérison après 6 ans 1/2.*

Début il y a 9 mois. Tumeur très dure, mobile, au-dessous de l'ombilic.

127. PETERMANN. — *Cancer de la partie droite du côlon transverse. Hémicolectomie. Abouchement à la peau de l'iléon et du transverse. Mort.*

Homme, 40 ans. Tumeur dure, à droite de l'ombilic.

128. RUSSEL. — *Cancer du côlon transverse. Extériorisation. Guéri un an après.*

Pas de masse sentie avant l'intervention. Radiologie positive.

129. RUSSEL. — *Cancer du côlon transverse. Extériorisation. Guérison trois ans après.*

Pas d'observation clinique. Il est seulement noté qu'on ne sent pas de tumeur.

130. SANTY (Inédite). — *Cancer de la moitié droite du côlon transverse. Extériorisation. Résection immédiate de la tumeur. Fermeture secondaire de l'anus. Guérison maintenue 13 mois après l'intervention.*

Femme, 51 ans. Pas d'antécédents digestifs. Depuis 6 mois, quelques coliques. En décembre 1923, coliques très violentes dans la fosse iliaque droite avec ballonnement et vomissements ; depuis, coliques fréquentes, ballonnement et bruits abdominaux. A l'examen : dans la fosse iliaque droite, masse double bilobée qui paraît être le côlon transverse. A la radioscopie, énorme lacune occupant toute la moitié droite du transverse. *Intervention*, le 15 février 1924 : Laparotomie transversale sus-ombilicale droite. Extériorisation d'un cancer très volumineux siégeant sur la moitié droite du côlon transverse et atteignant l'angle droit. La tumeur apparaît plaquée au-devant du duodénum. On libère péniblement le méso rétracté. On est obligé de dénuder très largement la

face antérieure du duodénum. Extériorisation, accolement en canon de fusil. Résection immédiate de la tumeur. Un tube de Paul dans le bout afférent. Le méso renferme beaucoup de ganglions néoplasiques. Suites troublées à partir du cinquième jour par vomissements bilieux dus à de la sub-occlusion duodénale. En avril 1924, on coupe l'éperon à l'entérotome et on ferme l'anus sans difficulté. En juin 1925 : la malade est revue en parfait état. Elle a engraisé de 8 kilos. Il n'existe aucun signe de récurrence.

131. SANTY (Inédite). — *Cancer de la partie droite du côlon transverse. Extériorisation. Résection immédiate de la tumeur. Fermeture secondaire de l'anus. Guérison maintenue après 3 ans 1/2.*

Homme, 47 ans. Tumeur sous-hépatique du volume d'un poing, indolente, avec amaigrissement de 15 kilos en quelques mois. Perte de l'appétit. Pas de passé biliaire. On fait le diagnostic de cancer du côlon transverse ou peut-être de la grande courbure. Aurait eu une crise douloureuse il y a un mois. *Intervention*, le 2 mai 1922 : incision transversale sus-ombilicale. Gros cancer du côlon transverse près de l'angle droit. Extériorisation difficile à cause de la brièveté du méso. Libération pénible au niveau du duodénum. Résection immédiate après extériorisation suivant la technique d'Hartmann par rapprochement des deux bouts en canon de fusil et suture de la partie mésentérique des deux tranches l'une à l'autre. Mise en place d'un tube de Paul dans le bout central. Le 10 mai suites troublées par une hémorragie du méso. Le 15 juin, le malade est en parfait état. Il a repris plusieurs kilos. L'anus n'a pas tendance à se fermer spontanément, mise en place de l'entérotome de Dupuytren. Le 20 juillet, on achève de fermer l'anus par une suture des bords. En octobre, on ferme une petite fistule résiduelle et le malade rentre chez lui. Revu au début de septembre 1925, il a repris son travail et son poids d'avant l'intervention. Il persiste cependant un notable degré d'éventration au niveau de l'ancienne incision opératoire et une toute petite fistulette muqueuse comme une tête d'épingle qui ne donne issue qu'à de la sérosité. Jamais à des matières. Pas de traces de récurrence.

132. SCHWARTZ. — *Cancer du côlon transverse. Extériorisation. Résection. Fermeture de l'anus. Guérison.*

133. SCHWARTZ. — *Cancer de la partie gauche du côlon transverse. Extériorisation. Résection. Fermeture de l'anus. Guérison. Survie après 3 ans.*

Homme, 49 ans. Constipation opiniâtre depuis quelque temps. Amaigrissement marqué. Phénomènes douloureux dans la fosse iliaque gauche. On sent dans cette région une tumeur volumineuse, grosse comme un poing d'adulte, mobile dans tous les sens et appartenant manifestement à l'intestin. On porte le diagnostic de cancer du côlon sigmoïde. *Intervention*, le 10 septembre 1911 : cancer de la moitié gauche du côlon transverse. Extériorisation. 25 septembre 1911 : résection. 2 avril 1912 : fermeture de l'anus. Guérison. Le malade se portait très bien en 1914. Depuis, il a été perdu de vue.

134. VERGNORY (Inédite). — *Cancer de la partie gauche du côlon transverse. 1° Extériorisation et résection; 2° Iléo-sigmoïdostomie. Guérison après 2 ans.*

Homme, 52 ans. Amaigrissement de 14 kilos en 7 mois. Vomissements. Diagnostic de cancer du pylore. *Intervention*, le 14 août 1923 : cancer de la partie gauche du côlon transverse. Extériorisation avec résection immédiate de la tumeur. Abouchements des deux bouts intestinaux à la peau. Tube de Paul. Le 25 septembre 1925 : Iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale à la suture en 3 plans. Suites opératoires parfaites. Revu en juillet 1925 : aucune trace de récurrence. Le malade a des selles régulières. Il persiste une petite fistulette muqueuse au niveau de l'abouchement des deux bouts intestinaux à la peau. Examen histologique : épithélioma cylindrique typique avec prédominance du tissu conjonctif.

135. WALDENSTROM. — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire avec abouchement des deux bouts à la peau. Mort par pneumonie le 23^e jour.*

Homme, 71 ans. Inappétence depuis 6 mois, depuis 2 mois constipation, douleurs après les repas. Amaigrissement de 15 kilos. Tumeur épigastrique mobilisable.

4. — *Colectomie après dérivation.*

136. DELORE. — *Cancer du côlon transverse. Occlusion. 1° Cæcostomie; 2° Résection segmentaire et suture termino-terminale; 3° Fermeture de la cæcostomie. Guérison.*

Femme, 48 ans. Ayant souffert en mars 1923 de troubles abdominaux brusques, crise douloureuse paraombilicale avec vomissements. On constate des signes nets de spécificité qui font penser à une gastropathie spécifique et pour lesquels on institue un traitement spécifique. En décembre 1923, nouvelles crises plus violentes : vomissements, arrêt des matières et des gaz depuis 8 jours. On pratique, sous anesthésie locale, une cæcostomie d'urgence. En janvier 1924, deuxième intervention : cancer du côlon transverse adhérent à la paroi abdominale antérieure avec petit abcès périnéoplasique. Résection segmentaire avec suture termino-terminale. Fermeture de la paroi. Suites simples, sauf léger abcès de la paroi. Diagnostic histologique : cancer. En mars 1924, fermeture de l'anus cæcal. Guérison. En juin 1924, la malade est opérée : Hystérectomie subtotale. Guérison simple. La malade a engraisé de plusieurs kilos.

137. DESGOUTTES (Inédite). — *Cancer de la partie gauche du côlon transverse. Fistule cæcale. Colectomie segmentaire et suture bout à bout. Guérison.*

Femme, 65 ans. Constipée depuis 10 ans. Pâle. Tumeur dans la fosse iliaque gauche. On fait le diagnostic de cancer du côlon sigmoïde. En janvier 1925, *intervention* : cancer de la portion gauche du côlon transverse fixée à la paroi de la fosse iliaque gauche. Résection de la paroi abdominale. Colectomie idéale (les bouts intestinaux étant très vascularisés); pas de ganglions. Cæcostomie minuscule pour l'échappement des gaz. Suites opératoires très simples. Fermeture de la cæcostomie 3 mois après.

138. ENGELSMANN. — *Cancer du côlon transverse. Cæcostomie. Résection segmentaire. Anastomose bout à bout. Mort.*

Femme, 50 ans, malade depuis plusieurs mois. Îléus depuis 2 jours. Tumeur de la région iléo-cæcale. Météorisme abdominal.

139. HARTERT. — *Cancer du côlon transverse. Occlusion. Résection en trois temps. Guérison.*

Femme, 43 ans.

140. HARTERT. — *Cancer du côlon transverse. Occlusion. Résection en un temps avec anus contre nature. Perforation. Péritonite. Mort.*

Homme, 55 ans.

141. JABOULAY (Thèse de Cavaillon). — *Cancer de la partie gauche du côlon transverse. 1° Cœcostomie; 2° Résection segmentaire. Suture bout à bout; 3° Fermeture de la cœcostomie. Guérison.*

Homme, 45 ans. Constipation habituelle. Crises coliques typiques. On perçoit une tumeur dans la partie gauche du côlon transverse, mobile dans tous les sens. 1° Le 22 juillet 1905, cœcostomie; 2° le 5 août 1905, résection segmentaire. Suture bout à bout. Examen histologique : cancer; 3° le 9 septembre, fermeture de la cœcostomie. Guérison.

142. KOSINKI. — *Cancer du côlon transverse. Cœcostomie. Résection. Guérison maintenue pendant huit ans.*

Homme, 70 ans.

143. LAMBRET (Thèse de Veauveau). — *Cancer fistuleux du côlon transverse. Colectomie en trois temps. Guérison.*

Homme, 26 ans. Pris brusquement d'une douleur ombilicale. On constate la présence, au niveau de la ligne médiane, d'une tumeur irréductible, à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic. Coliques juxta-ombilicales sous forme de barre transversale. Ventre ballonné. Fistulisation de la masse sous-ombilicale. A l'examen : on constate une fistule sous-ombilicale par où s'écoulent les matières stercorales. Essai infructueux de fermeture de la fistule. 18 mois après, la fistule est devenue un véritable anus contre nature. On sent profondément une induration dont la délimitation est nette. *Intervention*, le 30 mai 1912 : extériorisation du cancer du côlon transverse. Résection de la tumeur extériorisée. Le 17 octobre 1912, fermeture de l'anus artificiel. Le 2 mars 1913, guérison parfaite. Examen histologique : cancer. Les ganglions ne sont pas enlevés.

144. LITTLEWOOD. — *Cancer du côlon transverse. Cæcostomie. Hémicolectomie droite. Guérison opératoire. Méta-stase hépatique six mois après.*

145. PAUCHET. — *Cancer du côlon transverse. 1° Cæcostomie; 2° Résection de la tumeur. Suture bout à bout; 3° Fermeture de la cæcostomie. Guérison.*

Homme, 65 ans. Alternatives de constipation et de diarrhée.

146. ROTTER. — *Cancer de la partie gauche du transverse. 1° Cæcostomie; 2° Résection segmentaire. Suture termino-terminale. Guérison.*

Homme, 49 ans. Depuis un an, douleurs, mœlena, amaigrissement, gargouillements. On sent, à gauche de l'ombilic, une tumeur de la grosseur d'un poing.

147. ROTTER. — *Cancer du milieu du côlon transverse. 1° Cæcostomie; 2° Résection segmentaire. Suture termino-terminale. Guérison.*

Femme, 50 ans. Troubles intestinaux depuis un an et demi. Amaigrissement. Vue en occlusion.

148. VIANNAY. — *Amputation du sein en 1913 pour tumeur kystique. Cancer de la partie droite du côlon transverse. 1° Cæcostomie; 2° Résection segmentaire. Anastomose latéro-latérale. Guérison.*

Femme, 42 ans, à qui Viannay a pratiqué, en 1913, l'amputation du sein gauche pour une tumeur kystique dont l'examen histologique fut négatif. Fin janvier 1914, symptômes d'obstruction intestinale subaiguë. Anus cæcal le 3 février 1914. Après la cæcostomie, on ne trouve rien à l'examen. Le 24 février 1914, intervention : petit squirrhe en virole de la partie droite du côlon transverse. Résection segmentaire. Ligature des bouts coliques supérieurs. Implantation termino-latérale du bout inférieur du côlon transverse dans le sac cœlique résultant de la fermeture du côlon ascendant. Epiplooplastie. Guérison. (M. Viannay a bien voulu nous écrire qu'il n'avait aucune nouvelle de cette maladie depuis son opération.)

149. ERDMANN. — *Cancer colloïde de la partie gauche du côlon transverse. 1° Entérostomie. Cæco-sigmoïdostomie ; 2° Colectomie partielle. Guérison après deux ans.*

Homme, 33 ans. Depuis 20 mois. attaques d'indigestions et de douleurs abdominales. Amaigrissement de 20 kilos. Vu en septembre 1907 avec histoires de douleurs spasmodiques simulant une attaque d'appendicite. Point douloureux appendiculaire. Intervention; appendicectomie. On ne remarque aucune distension du cæcum. 15 jours après : les douleurs coliques reprennent avec leur maximum près de l'angle gauche. Il devient évident qu'il existe une lésion obstructive sur le gros intestin. Puis surviennent des vomissements fécaloïdes. Nouvelle intervention : tumeur annulaire de la partie gauche du côlon transverse. A cause de la distension du gros intestin, on pratique une entérostomie et une cæco-sigmoïdostomie au bouton de Murphy. Trois mois après la deuxième opération, colectomie partielle s'étendant depuis le côlon ascendant jusqu'au début du côlon descendant. Guérison opératoire. Diagnostic histologique : cancer colloïde. Le malade reste guéri deux ans après l'intervention.

150. ERDMANN. — *Cancer colloïde du côlon transverse. 1° Cæco-sigmoïdostomie; 2° colectomie subtotale. Guérison après 10 ans.*

Homme, 43 ans, vu en obstruction intestinale.

151. GUTBERLET. — *Cancer du milieu du côlon transverse. Résection segmentaire. Iléo-transversostomie. Mort.*

Homme, 52 ans. Tumeur peu mobile.

152. MEYER. — *Cancer de la partie droite du côlon transverse. 1° Iléo-colostomie; 2° Résection de la tumeur. Guérison trois ans après, cancer de la vessie.*

Femme, 57 ans. Vue en novembre 1905 pour cholécystite et douleurs dans la région de l'angle droit.

153. PETERMANN. — *Cancer de la partie droite du côlon transverse. Résection. Iléo-colostomie. Guérison.*

Femme, 51 ans. Depuis 6 mois constipation et douleurs. Selles glaireuses. A droite, à la hauteur de l'ombilic, petite tumeur, dure, mobilisable.

154. RADICE. — *Cancer du côlon transverse. Résection segmentaire. Iléo-colostomie. Mort d'embolie pulmonaire.*

Homme, 50 ans. Depuis plusieurs semaines, sang dans les selles. A la palpation, résistance à gauche de l'ombilic. A l'examen radiographique, sténose du côlon transverse.

155. ROTTER. — *Cancer de la partie gauche du côlon transversé. Colectomie partielle. Transverso-sigmoïdostomie. Guérison.*

Femme, 45 ans. Douleurs : très peu de troubles intestinaux. Tumeur superficielle au-dessous des côtes gauches.

5. — *Colectomie avec gastrectomie.*

156. CHATON. — *Cancer du côlon transverse propagé à l'estomac. Résection en bloc. Anastomose termino-terminale. Mort.*

Homme, 32 ans, pris à la fin d'octobre 1919 de douleurs abdominales avec température et tuméfaction entre la fosse iliaque et le flanc gauche. Vomissements, température. Pouls accéléré. *Intervention*, le 19 novembre 1919, masse bourgeonnante et saignante appartenant au côlon transverse, propagée à la grande courbure de l'estomac. Résection en un bloc du transverse et de la grande courbure. Suture bout à bout du transverse. Fermeture de l'estomac, drain. Mort en 48 heures.

157. FINKELSTEIN. — *Cancer du côlon transverse propagé à l'estomac. Résection gastrique. Extériorisation du cancer colique. Guérison. Survie de 22 mois.*

Homme, 52 ans. Depuis 3 ans, douleurs gastriques, tumeur épigastrique de la grosseur d'un poing. *Intervention*, le 1^{er} octobre 1910 : La tumeur occupe la grande courbure et le côlon transverse. 1° Résection de l'estomac à la Kocher; extériorisation du cancer du côlon; 2° Le 14 octobre 1910, résection du côlon transverse extériorisé; 3° Le 23 novembre 1910, fermeture de l'anus. Il sort guéri le 1^{er} janvier 1911 porteur simplement d'une petite fistule stercorale. Survie de 22 mois. Mort en novembre 1912 de récurrence. Diagnostic histologique : adéno-carcinome.

158. GOULLIQUOD. — *Cancer du côlon transverse. Colectomie. Récidive ganglionnaire adhérent au pylore et au côlon. Opération avec pylorectomie et résection du côlon transverse. Guérison après 6 ans.*

Femme. 62 ans, opérée une première fois le 11 janvier 1910 pour cancer typique du côlon transverse presque sans signes intestinaux. Diagnostic histologique : Epithélioma cylindrique typique. Colectomie segmentaire. Anastomose bout à bout. Guérison. Malade revue le 2 octobre 1911 : on sent dans la région sous-ombilicale une masse douloureuse, mobile, du volume d'un œuf. Pas de troubles gastriques, un peu de gêne de la circulation intestinale. Ballonnement du ventre. Arrêt du bismuth dans la fosse iliaque droite. *Intervention*, le 19 novembre 1911 : tumeur adhérent d'une part au pylore, d'autre part au côlon transverse. a) Gastrectomie avec implantation du duodénum sur la face postérieure de l'estomac à la Kocher; b) Colectomie segmentaire. Anastomose termino-terminale. Guérison opératoire. La tumeur était arrondie, bosselée, probablement d'origine ganglionnaire. L'examen histologique a montré un épithélioma cylindrique typique. La malade est morte en octobre 1915 de broncho-pneumonie, donc 5 ans 1/2 après la première intervention. Son état abdominal s'était maintenu excellent jusqu'à la fin.

159. GOULLIQUOD. — *Cancer du côlon transverse adhérent à l'estomac. Résection du côlon transverse avec pylorectomie. Guérison.*

Femme, 58 ans, souffre depuis 18 mois de crises douloureuses dans l'hypocondre droit, accusant des crises gastriques plus que des symptômes intestinaux, Jamais d'ictère, mais pigments biliaires dans les urines. De temps en temps, température à 38°5. On fait le diagnostic de cholécystite, à cause des symptômes fonctionnels et parce que l'on sent une tumeur dans la région vésiculaire. *Intervention*, le 24 janvier 1906 : tumeur du côlon transverse dans sa partie droite adhérent à l'estomac dans la région prépylorique. Ablation des deux viscères en un seul bloc. On commence par une anastomose latéro-latérale de deux points éloignés du côlon, en faisant ensuite l'isolement de la tumeur, soit du côté de l'intestin, soit du côté de l'estomac, et en terminant par une

gastro-duodénostomie à la façon de Kocher. Diagnostic histologique : épithélioma cylindrique. Suites éloignées parfaites. La malade est revue le 5 octobre 1922 et reste très bien guérie 16 ans après l'intervention.

160. VON HABERER. — *Cancer du transverse adhérent à l'estomac. Gastrectomie. Colectomie partielle. Cæco-sigmoïdostomie. Mort.*

Femme, 43 ans, vue avec des symptômes péritonéaux. Vomissements. Péristaltisme. Distension du cæcum. Tumeur sus-ombilicale, de la grosseur d'un poing, diffuse, immobile avec les mouvements respiratoires. *Intervention*, le 2 janvier 1911 : tumeur du côlon transverse adhérent à l'estomac. Infiltration du méso-côlon. 1° Résection du côlon transverse de l'angle droit à l'angle gauche. Gastrectomie. 2° Gastro-entérostomie. Cæco-sigmoïdostomie latéro-latérale. 6 jours après, douleurs à droite. Pouls à 130. Absès au niveau du côlon ascendant. Ouverture de l'abcès. Mort de péritonite.

161. PARCELIER. — *Cancer du côlon transverse adhérent à l'estomac. Absès périnéoplasique. Gastrectomie partielle. Résection du côlon transverse. Iléo-sigmoïdostomie. Mort.*

Femme, 52 ans. Depuis 5-6 mois, douleurs sous-ombilicales. Constipée habituelle. Depuis 4-5 jours, douleurs vives, continuelles. Tuméfaction à mi-distance de l'ombilic et du pubis. La peau est rouge. Fluctuation profonde manifeste. Autour de cette collection, on sent une tumeur abdominale médiane, ferme, à contours indistincts, mate, peu mobilisable. On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire suppuré, ou de fibrome suppuré. *Intervention* : l'incision médiane ouvre un abcès sous-cutané. On ouvre le péritoine au-dessous de la tumeur. On s'aperçoit alors que cette dernière a largement envahi la paroi et on est obligé, après protection de la cavité abdominale, de faire une véritable laparectomie, en passant à travers les muscles droits. On s'aperçoit que la tumeur adhère au péritoine viscéral et à l'épiploon. Il s'agit d'une volumineuse tumeur du côlon transverse adhérent à l'estomac. Section du côlon transverse au large du néoplasme. Résection extra-muqueuse de la grande courbure de l'estomac. Suture gastrique. Fermeture des bouts intestinaux. Iléo-sigmoïdostomie. Mort en 48 h. Diagnostic histologique : adénocarcinome.

162. PATEL (Inédite). — *Cancer du côlon transverse adhérent à l'estomac. Gastrectomie partielle. Hémicolectomie droite. Iléo-sigmoïdostomie termino-terminale. Mort.*

Homme, 50 ans. Depuis 9 mois, troubles gastriques, quelques coliques, perte des forces. Depuis 2 mois, dégoût éleatif pour les graisses. Amaigrissement de 10 kilos. Ni vomissements, ni mœlena. Tuméfaction à limites indécises dans la région périombilicale. A la radioscopie, lacune arrondie de l'antré prépylorique. Diagnostic : cancer de la grande courbure. *Intervention*, le 3 septembre 1924 : volumineuse tumeur mobile qui tient à la grande courbure, mais est nettement développée aux dépens du côlon transverse, un peu à gauche de la ligne médiane. 1° Résection de la grande courbure. Fermeture en 3 plans. 2° Hémicolectomie droite. 3° Iléo-sigmoïdostomie termino-terminale au bouton de Jaboulay. Mort. Diagnostic histologique : adéno-carcinome.

163. PERRIN (Inédite). — *Cancer du côlon transverse, propagé à l'estomac. Occlusion. 1° Anus coecal. 2° Gastrectomie partielle. Colectomie segmentaire. Suture bout-à-bout. Guérison, maintenue 2 ans après.*

Femme, 67 ans. Vue en occlusion aiguë, en 1917. 1° Anus coecal. 2° Un mois plus tard, la grande courbure, le méso-côlon, et le côlon transverse forment un seul bloc néoplasique, qu'on enlève en masse. La brèche gastrique, forme un V que l'on suture. Suté bout-à-bout, très pénible, des deux bouts du transverse. Guérison très simple. 3° 2 mois plus tard, fermeture de l'anus coecal. Les dernières nouvelles sont de 1919, la guérison s'est maintenue.

164. REVERDIN (Thèse de Viallet). — *Cancer du côlon transverse. Abcès épigastrique. Gastrectomie. Anus contre nature. Guérison.*

Femme, 58 ans, vient à la consultation avec un ventre saillant dont la peau est infiltrée, d'une couleur rouge violacé sur une vaste étendue au-dessous de l'ombilic. Fluctuation nette. Profondément on sent une masse dure du volume d'un pain d'une livre. Incision : Un litre de pus fétide s'écoule. On extériorise une masse du volume de 2 poings, allongée, qui appartient au côlon transverse. Anus contre nature. Gastrectomie partielle. Guérison. Examen histologique : cancer colloïde.

165. SCHWARTZ et PHILBERT. — *Cancer de la partie gauche du côlon transverse adhérent à l'estomac. Fistule gastro-colique. Gastrectomie partielle. Extériorisation du cancer transverse. Mort.*

Homme, 32 ans. En août 1908, vomissements, qui durent 5 à 6 jours, avec un peu de diarrhée. Vomissements qui deviennent beaucoup plus fréquents, plus irréguliers dans leur apparition, survenant aussi bien la nuit que le jour. A l'entrée à l'hôpital, vomissements, constipation opiniâtre. ventre rétracté, pouls rapide. Etat général très précaire. On pense à un obstacle, haut situé sur le grêle, et on refuse d'intervenir. Le 14 septembre, un lavement a produit une abondante diarrhée et a momentanément fait cesser les vomissements. Clapotage stomacal. Les vomissements deviennent fécaloïdes. Ventre rétracté et insensible. On fait le diagnostic d'occlusion intestinale haut placée, expliquant les vomissements fécaloïdes et l'abdomen rétracté, occlusion peut-être incomplète, permettant des évacuations rectales. *Intervention* : laparotomie médiane sus-ombilicale. L'intestin grêle est vide. Sur la partie gauche du côlon transverse, on trouve une tumeur dure, irrégulière, englobant et fixant l'estomac et le côlon transverse près de son angle gauche. Gastrectomie partielle. Extériorisation de l'anse malade. Mort dans la soirée. Examen de la pièce : cancer de la parité gauche du côlon transverse, avec large fistule gastro-colique.

166. VANVERTS. — *Cancer du côlon transverse, adhérent à l'estomac. Absès périnéoplasique. Fistule gastro-colique. Résection gastro-colique. Mort.*

Femme, 64 ans. Amaigrissement depuis 3 ans. Depuis quelques mois, gêne dans le ventre. Depuis 1 mois, fortes douleurs abdominales. On constate une tumeur à la partie moyenne du ventre, tumeur adhérent à la paroi, au niveau et à gauche de l'ombilic. Quelques jours plus tard, la tumeur s'ouvre à l'ombilic, éliminant un pus abondant et fétide, non fécaloïde. Au bout de 8 jours, cicatrisation et disparition des douleurs, mais la tumeur abdominale persiste. Il se forme un nouvel abcès. Résection gastro-colique. Anastomose termino-terminale. Fermeture de la brèche gastrique. Mort. A l'examen de la pièce : Cancer colloïde du côlon transverse

et de l'estomac. Large ulcération réunissant la cavité gastrique à la cavité colique. L'abcès sous-cutané ne communiquait pas avec la cavité intestinale.

167. WITTMER. — *Cancer du côlon transverse adhérent à l'estomac. Gastrectomie partielle. Colectomie segmentaire. Suture bout-à-bout. Mort de pneumonie.*

Homme, 59 ans. Tumeur perçue à droite, au-dessous de l'ombilic. Diagnostic histologique : adéno-carcinome, à cellules cylindriques.

c) Laparotomie exploratrice

168. ANSCHUTZ. — *Cancer du côlon transverse, adhérent au pancréas et au duodénum. Embolie pulmonaire. Mort.*

Homme, 39 ans. Apparition d'une tumeur à droite de l'ombilic. Tumeur de la grosseur d'un poing, lisse mobilisable. Intervention, le 10 juin 1905 : laparotomie exploratrice.

169. ANSCHUTZ. — *Cancer du côlon transverse. Laparotomie exploratrice. Mort.*

Femme, 44 ans. Constipation, sang dans les selles. Tumeur à gauche de l'ombilic mobilisable dans tous les sens.

170. GUILBAUD. — *Cancer du côlon transverse. Laparotomie exploratrice. Mort.*

Homme, 62 ans. Constipé opiniâtre depuis juin 1911, quelques selles noirâtres en décembre 1911. Vu, le 15 décembre 1911 : ventre ballonné, mais non douloureux. L'obstruction persiste.

171. GUTBERLET. — *Cancer du côlon transverse. Laparotomie exploratrice. Mort 7 mois après.*

Homme, 42 ans. Tumeur sentie au niveau de l'ombilic. A l'intervention, tumeur grosse comme une pomme enserrant le côlon transverse et adhérent à une anse grêle. Simple laparotomie exploratrice. Mort 7 mois après.

172. GUTBERLET. — *Cancer du côlon transverse. Laparotomie exploratrice. Mort 3 mois après.*

Homme, 43 ans, souffre depuis 1 an. Tumeur sentie sous les fausses côtes. Intervention : cancer du côlon transverse,

ayant envahi la paroi et les anses grêles. Enorme réaction ganglionnaire. Simple laparotomie exploratrice. Mort 3 mois après.

173. PRATT. — *Cancer du côlon transverse adhérent à la grande courbure. Fistule gastro-côlique. Laparotomie exploratrice. Mort.*

Homme, 34 ans. Faiblesse, douleurs, vomissements, diarrhée. Masse aisément palpable, molle, de la grosseur d'une orange irrégulière, nodulée, située juste au-dessus et à gauche de l'ombilic. L'examen radioscopique montre que la bouillie barythée passe directement de l'estomac dans le côlon transverse. Intervention, le 2 novembre 1921 : tumeur facilement mobilisable, sous l'arc costal gauche. Gros cancer qui occupe toute la circonférence du côlon transverse et une petite partie de la grande courbure. Ganglions nombreux. On se contente d'une simple laparotomie exploratrice. Mort. A l'autopsie : communication directe de l'estomac et du côlon transverse. Il existe une petite perforation dans la cavité péritonéale.

174. ROTTER. — *Cancer du milieu du côlon transverse adhérent au grêle, à l'estomac et au pancréas. Laparotomie exploratrice. Mort 5 mois après.*

Homme, 40 ans. Depuis 5 mois, douleurs abdominales vagues. Régurgitations fétides, vomissements. Depuis une semaine, crises de coliques. Tumeur volumineuse épigastrique. Le 21 février 1908, intervention : tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, au milieu du côlon transverse. Tumeur propagée à une anse grêle à l'estomac et au pancréas. Simple laparotomie exploratrice. Mort le 25 juillet.

d) Cas non opérés

175. DESQUEYROUX. — *Cancer nodulaire du foie consécutif à un cancer du transverse.*

Homme, 73 ans, chez lequel le diagnostic de cancer du foie avait été porté pendant la vie, sans qu'on ait pu déterminer le siège du néoplasme primitif. A l'autopsie, on a

trouvé à l'extrémité gauche du côlon transverse, près de l'angle splénique, une masse dure, ulcérée, qui est le cancer primitif.

176. LE NOIR, SAVIGNAC et BARREAU. — *Cancer du côlon transverse. Fistule gastro-côlique. Pas d'intervention.*

Homme, 51 ans, vu en 1922. Depuis 1917, coliques violentes. Alternatives de crises douloureuses et d'améliorations. Amaigrissement de 12 kgs 1/2. En 1922, pâleur, asthénie, douleurs du côté gauche, gargouillements, coliques. Selles semblables à de la purée striée de sang. Gaz à odeur putride. A l'examen : gros foie. A gauche, sous les fausses côtes, tumeur débordant de 4 travers de doigt, extrêmement douloureuse. Radioscopie : tumeur extra-gastrique à gauche de la grande courbure, adhérente à l'organe, paraissant être au-dessus et en avant de la rate, en avant et au-dessous du rein, intéressant la moitié gauche du côlon et le mésentère. Décès le 15 octobre 1922. Autopsie : l'estomac et le côlon transverse sont englobés dans une masse grasseuse, sans adhérences aux plans profonds, du volume d'une tête d'enfant. On peut trouver un plan de clivage qui permet de détacher la rate. Isolement du duodénum, de la petite courbure et du pancréas. A gauche, sous la ligne médiane, sur le côlon transverse, masse dure, arrondie, du volume d'une orange, adhérent à la grande courbure. Communication des cavités gastriques et côliques, par l'intermédiaire d'une masse péricôlique.

177. MÉNAGE. — *Néoplasme étendu du côlon transverse. Absence de signes radiologiques.*

Malade ayant eu à plusieurs reprises des hémorragies intestinales. L'examen clinique plaiderait en faveur d'une tumeur siégeant sur le côlon transverse. L'examen radiologique, fait par voie basse, ne montrait aucune altération de la lumière du gros intestin : Intervention : Epithélioma infiltrant la paroi du côlon transverse du côté gauche, sur une longueur de 10 centimètres. Pas d'autres détails.

178. PALLASSE et LESBROC. — *Cancer du côlon transverse ayant simulé une cirrhose. Métastases hépatiques. Mort.*

Homme, 53 ans. Depuis 6 mois, troubles digestifs. Douleurs

dans les jambes. Œdème des jambes. Dyspnée, palpitations. Selles diarrhéiques. Amaigrissement progressif et considérable. A l'examen, ascite libre, avec circulation complémen-taire. Foie lisse, dur. Très mauvais état général. Mort. A l'autopsie : foie de 5 kgs 250, farci de noyaux jaunâtres (8 ou 10). Il s'agit d'un cancer du foie, secondaire à un cancer du côlon transverse dans sa partie droite (virole très limitée et sténosante).

179. RADICE. — *Cancer du côlon transverse. Absès péri-néoplasique. Mort.*

Homme, 77 ans. Etat général précaire. Tumeur palpable dans le flanc droit. A l'examen radioscopique, sténose sur le côlon transverse. Le malade qui est entré à l'hôpital le 18 octobre 1913, meurt le 20 octobre 1913 par ouverture dans la grande cavité péritonéale d'un gros abcès entourant la tumeur.

180. TUFFIER. — *Cancer du côlon transverse. Absès péri-néoplasique. Incision. Fistule stercorale. Mort.*

Homme, 47 ans, entré pour une grosse tuméfaction siégeant dans la région sus-ombilicale. Cette tuméfaction s'est développée assez rapidement et s'est accompagnée de douleurs vives, sans mouvements fébriles bien marqués. Incision : pus fétide. Au bout de peu de jours, matières stercorales dans le pansement. Amélioration progressive pendant 3 mois, en même temps qu'une tumeur très dure apparut irrégulière, siégeant aux lieu et place de l'abcès. Mort. A l'autopsie : cancer du côlon transverse.

181. WALDENSTROM. — *Cancer du côlon transverse. Pas d'opération.*

Homme, 69 ans. Dyspepsie pendant plusieurs années. Selles irrégulières, diarrhée fréquente. Douleurs fréquentes à droite. Intervention refusée. Mort 6 mois après.

182. WALDENSTROM. — *Cancer du côlon transverse. Occlusion. Pas d'intervention.*

Homme, 47 ans. Depuis plusieurs années, troubles digestifs vagues. Depuis 1 jour, occlusion. Résistance de la paroi autour de l'ombilic. On sent une tumeur au-dessous des fausses côtes gauches. Intervention refusée.

2. — CANCER DE L'ANGLE DROIT

a) Opérations palliatives

183. ASHHURST. — *Cancer inopérable de l'angle droit du côlon. Anus cæcal.*

Femme, 28 ans. Diarrhée constante depuis 1 mois, parfois vomissements et nausées, mais, femme enceinte. A l'examen : faiblesse, pâleur, anémie, grosse rate. Dans l'hypocondre droit, masse de la grosseur d'un poing, mobile, molle. sans relation avec la vésicule. Diagnostic : tumeur du rein droit.

184. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle droit. Iléo-colostomie. Survie de 7 mois.*

Homme, 36 ans. Depuis 3 ans, sensations douloureuses dans l'hypocondre droit. Diarrhée fréquente. Apparition d'une tumeur qui, depuis 4 mois, s'accompagne de constipation, de douleurs et de fièvre.

185. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle droit. Cæcostomie. Survie de 2 ans et 1 mois.*

Homme, 63 ans. Depuis 2 mois, constipation alternant avec de la diarrhée. Sensation de gêne autour de l'ombilic; météorisme. A l'examen : résistance de la paroi abdominale. Péristaltisme. Gargouillement. Au toucher rectal, un noyau dur dans le Douglas.

186. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle droit, avec ascite. Iléo-transversostomie. Péritonite. Mort. Métastase à l'épiploon.*

Femme, 16 ans. Depuis 7 semaines, douleurs s'irradient dans le dos et dans le bras, à droite. Constipation, vomissements, météorisme, péristaltisme.

187. CHARRIER. — *Cancer de l'angle droit. Occlusion. Anastomose iléo-sigmoïdienne. Régularité des fonctions intestinales.*

Femme, 38 ans. Coliques : constipation. Tumeur volumineuse, à droite de l'ombilic.

188. GUTBERLET. — *Cancer de l'angle droit. Colo-colostomie. Mort.* *

Homme, 61 ans. Depuis 3 mois, crises de diarrhée et crises d'obstruction, cédant spontanément. Empâtements, péristaltisme.

189. HARTMANN (Thèse d'Okinczyc). — *Cancer de l'angle droit. Colo-colostomie latéro-latérale. Guérison opératoire. Mort 6 mois après.*

Femme, 57 ans. Constipée chronique. Douleurs abdominales à type colique. Tumeur à droite, au-dessous de l'hypocondre.

190. HARTMANN. — *Cancer de l'angle droit adhérent au foie. Colo-colostomie transverse ascendant. Mort.*

Femme, 30 ans. Douleurs abdominales et diarrhée allant jusqu'à 15 selles par jour. Tumeur à l'hypocondre droit, allongée verticalement.

191.—HARTMANN (Thèse d'Okinczyc). — *Cancer de l'angle droit. Iléo-colostomie latérale. Guérison opératoire. Mort 9 mois après.* * * *

Homme, 35 ans. Depuis 15 mois. douleurs abdominales. Pas de vomissements. Depuis 6 mois, douleurs continues, avec coliques dans l'épigastre et l'hypocondre droit. Amaigrissement de 10 kilogs. Tumeur de l'hypocondre droit, dure, bosselée, sensible à la pression.

192. JABOULAY ET GAUTHIER (Thèse de Cavaillon). — *Cancer de l'angle droit, adhérent au foie, avec métastase hépatique. Iléo-transversostomie latérale. Guérison opératoire.*

Homme, 28 ans. En décembre 1904, douleurs dans l'hypocondre droit, avec irradiations scapulaires. En mars 1905, reprise des douleurs, avec amaigrissement. Très abondante hémorragie intestinale. A l'examen : tumeur de la grosseur d'un œuf, au-dessous des fausses côtes. *Intervention*, le 28 avril 1905 (Gauthier) : cancer de l'angle droit du côlon adhérent à la vésicule biliaire et au bord tranchant du foie. Un noyau de métastase dans le foie. On se contente d'une iléo-transversostomie latéro-latérale au bouton de Jaboulay. Guérison opératoire.

193. KOERTE. — *Cancer de l'angle droit. Coecostomie. Mort.*

Femme, 68 ans. Depuis 1 an, tumeur perçue dans la fosse iliaque droite, sans douleurs. Depuis 3 mois, douleurs. Dans la fosse iliaque droite, tumeur du volume de 2 poings.

194. KOERTE. — *Cancer de l'angle droit, Iléo-transversostomie Guérison opératoire. Survie de 4 mois.*

Homme, 69 ans. Vomissements, constipation, douleurs abdominales. Tumeur, grosse comme une pomme, à droite de l'ombilic.

195. KOERTE. — *Cancer de l'angle droit. Iléo-transversostomie. Mort.*

Homme, 38 ans.

196. MONTPROFIT (Thèse de Barbary). — *Cancer de l'angle droit. Exclusion unilatérale, avec double implantation colique. Guérison opératoire.*

Homme, 35 ans. Depuis 3 mois, douleurs sous-costales droites, diarrhée, tumeur. Sang dans les selles.

197. MONTPROFIT. — *Cancer de l'angle droit. 1° Cæcostomie. 2° Iléo-sigmoidostomie. Guérison opératoire.*

Femme.

198. MONTPROFIT. — *Cancer de l'angle droit. Colo-colostomie ascendant transverse. Mort.*

199. OKINCZYC et COMBIER. — *Cancer de l'angle droit. Occlusion subaiguë. Iléo-transversostomie. Mort.*

Femme, 37 ans, entrée à l'hôpital pour des troubles digestifs graves. A eu des indigestions. Le 7 février 1909, douleurs persistantes continues, siégeant au-dessus de l'ombilic. Pas de tumeur, pas de mouvements péristaltiques. Météorisme abdominal. Vomissements. Le 11 février : le lavage d'estomac ramène chaque fois un liquide jaunâtre fécaloïde. *Intervention* (Lecène) : laparotomie médiane. Cæcum très dilaté, cancer sténosant de l'angle droit. Iléo-transversostomie. Mort. A l'autopsie : intestin grêle distendu dans sa totalité, mais surtout dans la partie terminale. Au niveau de l'angle droit, au-dessus d'un cæcum énorme, cancer de l'angle droit, en ficelle. Insuffisance de la valvule iléo-cæcale.

200. PETERMANN. — *Cancer de l'angle droit. Iléostomie. Mort.*

Femme, 57 ans. Il y a 5 ans, extirpation de l'utérus pour cancer. Depuis 6 mois, constipation, douleurs en forme de crises. Depuis 14 jours, iléus progressif. Péristaltisme. Vomissements depuis 24 heures. Tumeur nettement sentie à droite.

201. PETERMANN. — *Cancer de l'angle droit. Iléo-transversostomie. Mort 6 semaines après.*

Homme, 47 ans. Depuis 1 an 1/2, douleurs à droite irradiées à l'épaule. Fièvre, constipation et diarrhée. Tumeur à droite grosse comme deux poings, irrégulière, dure.

202. PETERMANN. — *Cancer de l'angle droit. Iléo-transversostomie. Survie de 2 mois.*

Homme, 53 ans. Depuis 1 an 1/2, douleurs et troubles digestifs vagues surtout après les repas. Faiblesse, pâleur. Tumeur à droite dans la région du pylore. Diagnostic de tumeur gastrique.

203. PONCET et DELORE (Thèse de Cavaillon). — *Cancer de l'angle droit du côlon. 1° Exclusion unilatérale; 2° Cæcostomie. Mort.*

Homme, 60 ans, cachectique. Douleurs dans la fosse iliaque dorite avec clapotage cæcal.

204. TERRIER. — *Cancer de l'angle droit. Iléo-transversostomie. Mort.*

205. TERRIER. — *Cancer de l'angle droit. Cæco-transversostomie. Survie de 27 mois.*

Homme, 55 ans, crises douloureuses dans la fosse iliaque droite en juin 1899. Constipation opiniâtre. Crises subintrantes en août et septembre 1899. Après chaque crise, gargouillements intenses.

206. WALDENSTROM. — *Cancer de l'angle droit. Exclusion unilatérale. Iléo-transversostomie termino-latérale. Survie d'un an.*

Homme, 45 ans. Depuis 2 mois, douleurs, météorisme, légère constipation. On sent une tumeur à droite.

207. WALDENSTROM. — *Cancer de l'angle droit. Exclusion unilatérale. Iléo-transversostomie. Survie de 11 mois.*

Homme, 44 ans. Depuis 1 an, douleurs avec crampes, troubles intestinaux. Perte des forces, amaigrissement. Tumeur sous les côtes à droite.

b) Opérations radicales

1. — *Colectomie segmentaire économique à la Reybard.*

208. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle droit. Résection segmentaire. Suture termino-terminale. Récidive 5 mois après. Iléo-transversostomie. Mort.*

Femme, 26 ans. Depuis 3 mois, troubles intestinaux. Depuis 6 semaines, constipation et apparition d'une tumeur mobile. A l'examen, péristaltisme. Tumeur au niveau de l'angle droit mobile transversale, dure, nettement séparable du foie.

209. DENK. — *Cancer de l'angle droit. Résection. Mort.*

Femme, 27 ans. Constipation, coliques, diarrhée, amaigrissement. En occlusion depuis 10 jours.

210. DOBROWOLSKI. — *Cancer de l'angle droit. Résection. Suture termino-terminale. Guérison.*

Femme, 48 ans.

211. ENGELSMANN (Kummel). — *Cancer de l'angle droit. Résection. Anastomose. Mort.*

Homme, 55 ans. Depuis un an, diarrhée, faiblesse générale, perte des forces. En janvier 1906, tumeur abdominale qui grossit. A l'examen : pâleur, teint jaune paille. A un travers de doigt, au-dessous du foie, tumeur de la grosseur du poing peu sensible, peu mobilisable.

212. J.-L. FAURE. — *Cancer de l'angle droit. Absès péri-néoplasique. Colectomie. Cæco-transversostomie. Mort.*

Homme, 50 ans. Se présentant avec une tumeur de l'hypochondre droit et des accidents de suppuration profonde qui se manifestent par la température. On fait le diagnostic de cholécystite suppurée.

213. HOMER GAGE. — *Cancer de l'angle droit. Résection segmentaire. Mort.*

214. JABOULAY (Thèse de Jouffray). — *Cancer de l'angle droit. Résection. Guérison.*

Homme, 38 ans, diarrhée. Tumeur du flanc droit.

215. KOERTE. — *Cancer de l'angle droit. Absès périnéoplasique. Résection segmentaire. Anastomose bout à bout. Mort.*

Homme, 54 ans.

216. LITTLEWOOD. — *Cancer de l'angle droit. Résection segmentaire. Suture termino-terminale. Guérison après 2 ans.*

Femme, 46 ans. Constipation, vomissements. Grosse tumeur de l'angle droit.

217. MAYLARD. — *Cancer de l'angle droit. Résection segmentaire. Suture bout à bout. Guérison.*

Histoire de douleurs épigastriques survenant après l'ingestion des aliments avec vomissements. Les selles avaient toujours été régulières. A l'inspection on ne sentait pas de tumeur, mais il y avait du clapotage gastrique au-dessus de l'ombilic. On porte le diagnostic de cancer du pylore.

218. MORTON. — *Cancer de l'angle droit. Résection segmentaire. Suture bout à bout. Guérison opératoire. Récidive locale 1 an après.*

Femme, 45 ans. Depuis 18 mois crises douloureuses abdominales avec alternatives de constipation et de diarrhée. Un mœlena très abondant. On sent une tumeur sous le rebord costal droit.

219. POZZI et BENDER. — *Cancer de l'angle droit prolabé et adhérent à l'annexe droite. Colectomie en un temps. Guérison.*

Femme entrée à l'hôpital avec les signes d'une annexite. Le traitement médical amène à modifier ce diagnostic pour celui de tumeur du cæcum. En réalité, il s'agissait d'un cancer de l'angle droit prolabé et adhérent à l'annexe droite. Colectomie en un temps suivie d'anastomose latéro-latérale. Guérison.

220. STRETTON. — *Cancer de l'angle droit. Résection. Anastomose termino-terminale. Guérison.*

Homme, 54 ans. Depuis 12 mois, douleur dans la partie droite de l'abdomen, devenant plus aiguës par moments. Amaigrissement. Etat anémique. On sent dans l'hypocondre droit une tumeur arrondie dure, mate, paraissant adhérente au foie et ressemblant à une vésicule biliaire descendante.

221. TUFFIER. — *Cancer de l'angle droit. Résection segmentaire. Suture latéro-latérale. Guérison.*

Homme, 28 ans. Ayant eu des crises abdominales douloureuses ayant fait penser successivement à l'appendicite, la lithiase vésiculaire, une tumeur du rein droit. Tumeur de l'hypocondre droit.

222. WALDENSTROM. — *Cancer de l'angle droit. Cancer de l'ovaire droit. Résection segmentaire. Colo-colostomie. Ablation de l'ovaire droit. Guérison opératoire. Récidive un an après.*

Femme, 48 ans. Depuis 3 mois, douleurs à droite au-dessous de l'ombilic. Météorisme cæcal. Tumeur grosse et mobile à droite. En janvier 1909 : iléus aigu.

223. WALDENSTROM. — *Cancer de l'angle droit. Colectomie segmentaire. Suture bout à bout. Guérison après 8 ans.*

Homme, 44 ans. Depuis 3 ans, douleurs à droite. constantes, mal localisées. Depuis 1 mois légère constipation, amaigrissement, fièvre légère. On sent à droite de l'ombilic une tumeur grosse comme un poing.

2. — *Colectomie étendue : Hémi-colectomie.*

224. ASHHURST. — *Cancer de l'angle droit du côlon. Hémi-colectomie droite. Iléo-transversostomie. Guérison maintenue deux ans après.*

Homme, 69 ans, a eu des douleurs et des coliques abdominales. Indigestions chroniques constipation obstinée depuis 3 ans. Depuis 3 mois, douleurs plus vives. Perception d'une tumeur à droite; à la palpation, masse au-dessus et à droite de l'ombilic, mesurant 10 centimètres dans tous les sens, mobile et molle.

225. BAKES. — *Cancer de l'angle droit. Hémi-colectomie droite. Iléo-colostomie. Guérison après trois ans.*

Femme, 46 ans. Depuis 2 ans est apparue une tumeur dans la région iléo-cæcale. Crises coliques. On sent, dans la région iléo-cæcale, une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, bosselée, dure.

226. BARBARY. — *Cancer de l'angle droit. Hémicolectomie droite. Iléo-transversostomie termino-terminale. Guérison.*

227. BONNIOT. — *Cancer de l'angle droit du côlon. Hémicolectomie droite. Iléo-sigmoïdostomie. Récidive 5 mois après.*

Femme, 46 ans, sans antécédents. En janvier 1924, sang dans les matières, perte de l'appétit, amaigrissement, douleurs vagues épigastriques. A l'examen : dans l'hypocondre droit et vers l'ombilic, masse volumineuse aux contours mal définis.

228. BRIN. — *Cancer de l'angle droit. Hémicolectomie droite. Iléo-transversostomie latéro-latérale. Mort.*

Homme, 35 ans, se plaignant de constipation entrecoupée de diarrhée ; cachectique. Dans le flanc droit, tumeur du volume du poing, bosselée, mobile dans tous les sens.

229. BURKE. — *Cancer de l'angle droit. Hémicolectomie. Iléo-transversostomie latéro-latérale.*

Homme, 40 ans, troubles intestinaux depuis 1 an. Coliques, diarrhée aqueuse, perte de poids. Douleurs du côté droit de l'abdomen. A l'examen, tumeur dans la partie droite de l'abdomen, dure, bosselée, mobile. Radioscopie : arrêt du bismuth à l'angle droit.

230. CHATON. — *Cancer de l'angle droit. Hémicolectomie droite. Iléo-transversostomie termino-terminale. Mort.*

Homme, 63 ans. Diarrhée depuis 6 ans. Depuis 1 mois, constipation, amaigrissement. Tumeur visible dans le flanc droit.

231. DENK. — *Cancer de l'angle droit. Hémicolectomie droite. Iléo-transversostomie latéro-latérale. Mort.*

Femme, 47 ans, vue pour coliques avec vomissements et diarrhée. Pas de sang dans les selles. Depuis 2 mois, tumeur mobile, dure, douloureuse.

232. DON. — *Cancer de l'angle droit. Hémi-colectomie. Iléo-transversostomie latéro-latérale. Guérison.*

Homme, 45 ans. Douleurs pendant un an, coliques, amaigrissement. Tumeur palpable sous l'arc costal droit.

233. DUROISEL et MATHIEU. — *Cancer de l'angle droit. Hémi-colectomie droite. Iléo-transversostomie. Mort.*

Homme, 33 ans. Alternatives de constipation et de diarrhée. Vue en subocclusion.

234. Pierre DUVAL. — *Cancer de l'angle droit. Volumineux fécalome sous-strictural dans le côlon transverse. Colectomie presque totale. Guérison.*

Femme, 56 ans. Amaigrissement notable depuis un an. Il y a 3 mois, violentes coliques trois quarts d'heure après les repas, coliques qui durent 2 heures et cessent habituellement par l'émission d'une selle. A l'examen, syndrome caractérisé de sténose cœlique. Masse cœlique transversale sous-ombilicale, qui fait penser à un fécalome en amont du rétrécissement néoplasique. *Intervention* : Néoplasme de l'angle droit peu développé, mobile, sans ganglions, sans adhérence. La masse perçue dans le côlon transverse est un gros fécalome constitué en aval de la sténose et occupant tout le côlon depuis le néoplasme jusqu'à l'angle splénique. Colectomie subtotale. Iléo-colostomie termino-terminale. Guérison.

235. FUSHIG. — *Cancer de l'angle droit. Hémi-colectomie droite. Iléo-transversostomie termino-latérale. Guérison.*

Homme, 60 ans.

236. VON HABERER. — *Cancer de l'angle droit. Hémi-colectomie droite. Iléo-transversostomie latéro-latérale. Guérison maintenue un an après.*

Femme, 56 ans, vue en occlusion. On ne perçoit pas de tumeur à cause de la tension abdominale. Péristaltisme net. Distension du cæcum.

237. KOERTE. — *Cancer de l'angle droit. Hémi-colectomie droite. Iléo-transversostomie. Mort.*

Homme, 48 ans. Depuis un an, constipation, coliques, météorisme, amaigrissement. A l'examen, tumeur de la région hépatique. Ictère des conjonctives.

238. LECÈNE. — *Cancer de l'angle droit. Hémi-colectomie. Iléo-transversostomie termino-terminale. Mort.*

Homme, 30 ans, sans signes d'obstruction. Cachexie marquée. Radiographie localisant la tumeur. Le 2 juin 1920, résection iléo-cæco-côlique. Implantation iléo-côlique termino-terminale. Drain postérieur. Le malade va bien pendant 4 jours. Il rend des gaz, va à la selle, puis apparition de subictère avec fièvre élevée et urobilinurie. Le drain postérieur donne du pus fétide. Il n'y a pas de signes de péritonite mais bien d'infection générale et le malade meurt 7 jours après l'opération. Diagnostic histologique : Epithélioma cylindrique avec envahissement ganglionnaire étendu.

239. LENORMANT. — *Cancer de l'angle droit. Hémi-colectomie. Iléo-transversostomie latéro-latérale. Mort de complications pulmonaires.*

Femme, 62 ans. Un seul symptôme : la tumeur. Se plaignait seulement depuis quelques mois de douleurs vagues et peu intenses, avec coliques très légères. Crises douloureuses plus violentes en janvier 1910. On constate une tumeur du flanc droit, tumeur du volume d'un œuf, dure, pas douloureuse, très mobile latéralement. Le cæcum est un peu dilaté et clapotant. *Intervention*, le 16 février 1910 : néoplasme de l'angle droit avec travée de ganglions indurés et s'enfonçant dans la racine du méso-côlon, vers le pancréas et l'aorte. Résection de l'épiploon adhérent à la tumeur. Hémi-colectomie, iléo-transversostomie latéro-latérale. Mort au septième jour de complications pulmonaires.

240. MAYLARD. — *Cancer de l'angle droit. Hémi-colectomie. Guérison maintenue neuf ans.*

Homme, 60 ans. Cancer de l'angle droit.

241. MAYLARD. — *Cancer de l'angle droit. Hémi-colectomie. Iléo-sigmoïdostomie. Guérison.*

Crises épigastriques suivies de vomissements. Amaigrissement, constipation.

242. MONTPROFIT (Thèse de Barbary). — *Cancer de l'angle droit. Hémi-colectomie droite. Iléo-transversostomie. Guérison.*

Homme, 42 ans. Depuis 6 mois, crises de coliques et de diarrhée. On aperçoit une tumeur dans l'hypocondre droit. Il y a des selles sanglantes.

243. MORTON. — *Cancer de l'angle droit. Hémi-colectomie droite. Iléo-transversostomie. Guérison maintenue un an après.*

Femme, grosse tumeur abdominale s'étendant du rebord costal à l'ombilic. Constipation opiniâtre.

244. PAUCHET (Thèse d'Okinczyc). — *Cancer de l'angle droit. Résection. Iléo-sigmoïdostomie. Guérison. Survie de 28 mois.*

Homme. 70 ans. Douleurs intermittentes abdominales. Tumeur sous le rebord costal droit.

245. PETERMANN. — *Cancer de l'angle droit. Résection. Iléo-transversostomie. Mort.*

Homme, 45 ans. Depuis 1 an 1/2, douleurs à droite. Depuis 4 mois, diarrhée sanguinolente. Depuis 2 mois, tumeur à droite, circulaire, grosse comme un poing, dure, mobilisable. Amaigrissement.

246. PETERMANN. — *Cancer de l'angle droit. Résection. Iléo-transversostomie. Guérison.*

Femme, 46 ans. Douleurs en crampes à droite, depuis 10 mois. Constipation, gargouillements. Depuis 3 mois, perte des forces. Tumeur mobilisable à droite.

247. ROTTER. — *Cancer de l'angle droit. Hémi-colectomie droite. Iléo-transversostomie. Guérison.*

Homme, 55 ans. Depuis 8 jours, douleurs, surtout la nuit, quelquefois poussées d'ictère. La dernière poussée douloureuse date de 3 semaines. On sent une tumeur de la grosseur d'un poing dans la région de la vésicule. On croit à une cholécystite.

248. ROTTER. — *Cancer de l'angle droit. Hémi-colectomie droite. Iléo-transversostomie. Guérison.*

Homme, 60 ans. Depuis plusieurs semaines, perte de l'appétit, troubles abdominaux vagues, vomissements, douleurs sous-costales droites.

249. RUSSEL. — *Cancer de l'angle droit, Hémicolectomie droite. Guérison, maintenue 8 mois après.*

Tumeur de l'hypocondre droit.

250. SAASSE. — *Cancer de l'angle droit, avec adhérences à la paroi abdominale et à la face inférieure du foie.*

251. SANTY (Inédite). — *Cancer de l'angle droit. Hémicolectomie droite. Iléo-transversostomie termino-terminale. Guérison, maintenue après 3 ans 1/2.*

Femme, 50 ans. Long passé douloureux abdominal, datant de 19 ans, à la suite d'une appendicectomie à froid. Depuis plusieurs années, souffre de coliques au point de prendre des stupéfiants. Phénomènes douloureux dans la fosse iliaque droite. Péristaltisme cæcal très net. A la radioscopie, stase cæcale anormale. *Intervention*, le 21 mars 1922 : Laparotomie iliaque droite. Hémicolectomie droite, au cours de laquelle on se rend compte que la tumeur a également rétrecté le côlon transverse. La libération du méso au devant du duodénum est assez malaisée. Iléo-transversostomie termino-terminale au bouton de Villard, avec enfouissement complémentaire à la suture. Suites extrêmement simples. En septembre 1925, soit 3 ans 1/2 après l'intervention, la malade reste parfaitement guérie. Elle a repris un service actif.

252. SANTY (Inédite). — *Cancer squirrheux de l'angle droit. Hémicolectomie droite. Iléo-transversostomie termino-terminale. Mort au 10^e jour.*

Homme, 48 ans. En occlusion intestinale datant de 4 jours. Sans antécédents. Péristaltisme cæcal intense. Pas d'altération de l'état général. *Intervention*, le 9 octobre 1923 : Laparotomie latérale droite. Cancer squirrheux du côlon ascendant et de l'angle droit du volume d'une orange. On le libère assez facilement en clivant le méso au devant du duodénum. Hémicolectomie droite. Anastomose termino-terminale iléo-transverse, au bouton de Villard. Suites tout d'abord satisfaisantes, puis température de péritonite progressive, qui emmène le malade le 10^e jour.

253. TIXIER (Thèse de Peutot). — *Cancer de l'angle droit. Hémicolectomie droite. Iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale. Guérison.*

Homme, 64 ans. Depuis 2 ans, dégoût pour la viande, constipation, avec quelques crises de diarrhée. Depuis 3 mois, amaigrissement, perte des forces. Une ou deux selles sanglantes. Gargouillements abdominaux. Tumeur sous les fausses côtes droites. *Intervention*, le 9 juillet : cancer de l'angle droit. Hémicolectomie droite. Iléo-sigmoïdostomie latéro-

latérale à la suture. On a des difficultés pour libérer le bord interne du côlon, qui adhère au duodénum et au pancréas. Guérison. Examen histologique : Epithélioma cylindrique.

254. WALDENSTROM. — *Cancer de l'angle droit. Hémi-colectomie droite. Iléo-transversostomie. Mort par insuffisance cardiaque.*

Femme, 38 ans. Constipée depuis plusieurs années. Douleurs à droite, attribuées à la lithiasé biliaire. Résistance de la paroi dans la région vésiculaire.

255. WALDENSTROM. — *Cancer de l'angle droit. Hémi-colectomie droite. Iléo-transversostomie latéro-latérale. Mort en 6 jours.*

Homme, 38 ans. Présentant des coliques avec de la diarrhée depuis 11 mois, avec du sang dans les selles depuis 5 mois. Pas de péristaltisme.

3. — *Extériorisation.*

256. ANSCHUTZ (Thèse de Cruet). — *Cancer de l'angle droit. Iléo-transversostomie. Extériorisation. Résection. Fermeture de l'anus. Guérison 3 ans après.*

Femme, 48 ans. Depuis 6 ans. présente des douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen et, de temps à autre, des vomissements alimentaires. Depuis quelques semaines, péristaltisme. Depuis 10 jours. douleurs permanentes et selles paresseuses. A l'examen, on trouve, dans la région de l'angle hépatique, une tumeur mobile, dans la profondeur, qui ne se déplace pas par insufflation.

257. ANSCHUTZ (Thèse de Cruet). — *Cancer de l'angle droit. Extériorisation. Résection. Mort de métastase vertébrale.*

Femme, 61 ans. Depuis 8 mois, souffre de coliques durant 1 à 2 jours. avec vomissements. Depuis 3 semaines, les vomissements sont devenus plus fréquents. A l'examen, on sent une résistance à droite, dans la partie supérieure de l'abdomen

258. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle droit. Extériorisation de tout le côlon droit. Iléo-transversostomie. Colostomie transverse. Ablation de la tumeur. Fermeture de l'anus. Guérison, maintenue 8 ans après.*

Homme, 31 ans. Il y a 1 mois, douleurs, vomissements, constipation. On trouve, dans la fosse iliaque droite, une tumeur mobilisable, pas douloureuse.

259. DENK. — *Cancer de l'angle droit. Extériorisation. Résection. Guérison.*

Femme, 45 ans. Depuis 5 mois, crampes abdominales, à droite de l'ombilic. Constipation, amaigrissement, anorexie. A l'examen, météorisme cæcal.

260. FINKELSTEIN. — *Cancer de l'angle droit. 1° Extériorisation. 2° Extirpation. Mort au 3° jour.*

Homme, 43 ans. Malade depuis 6 mois. On sent une tumeur grosse comme un poing dans l'hypocondre droit. Tumeur dure, douloureuse, non mobilisable. On fait le diagnostic de rein flottant.

261. KESSLER. — *Cancer de l'angle droit. Résection segmentaire. Abouchement des deux bouts à la peau. Mort.*

Homme, 39 ans.

262. PETERMANN. — *Cancer de l'angle droit. 1° Cæcosomie. 2° Opération de Mickulicz. Mort 6 semaines après.*

Femme, 36 ans. Depuis 6 jours, iléus.

263. PETERMANN. — *Cancer de l'angle droit. Hémicolectomie droite. Abouchement à la peau des deux bouts intestinaux. Mort.*

Homme, 36 ans. Depuis 3 ans, douleurs intenses à droite. Gargouillements, constipation. Depuis 1 mois, coliques à droite, avec vomissements. Depuis 3 jours, iléus, état général grave. Tumeur au-dessous des côtes, à droite.

264. RADICE. — *Cancer de l'angle droit. 1° Extériorisation. 2° Section de l'éperon. 3° Fermeture de l'anus. Guérison.*

Homme, 74 ans. Depuis 14 jours, vomissements de bile avec violentes douleurs abdominales et résistance à la palpation dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen.

4. — *Colectomie après dérivation.*

265. BENSAUDE ET THIBAUT. — *Cancer de l'angle droit à forme anémique. Radiographie à image lacunaire. 1° Anus cæcal. 2° Résection segmentaire et anastomose termino-terminale. Mort.*

Femme, 54 ans. Bien portante jusqu'en 1911, où elle présente des symptômes d'anémie profonde, qui font penser à une anémie pernicieuse progressive. En juin 1912, dans l'hypocondre droit, on constate une masse indurée de la grosseur d'une noix. Le Professeur Sabrazès fait de l'hémothérapie. En novembre 1912, un examen radioscopique montre une sténose manifeste de la lumière intestinale à l'endroit même où se trouve la tumeur. En décembre 1912, Weber positif. Un peu de température. En janvier 1913, amaigrissement de 20 kilogs, en 3 ans. Malade très affaiblie, profondément anémiée. Pâleur extrême des téguments. Muqueuses exangues. Température oscillant entre 37°5 et 38°3. Pas de douleurs. Envies fréquentes d'aller à la selle. Selles jaunes en purée. Pas de constipation. Au niveau de l'hypocondre droit, tumeur dure, grosse comme une mandarine, légèrement douloureuse, mobile. Le 22 janvier 1913, un lavement bismuthé traverse rapidement le gros intestin, s'arrête à l'angle droit. Bientôt le cæcum se remplit de bismuth. Une radiographie instantanée montre au niveau de l'angle droit une image lacunaire typique.

266. DECHERF. — *Cancer de l'angle droit. Obstruction intestinale. Résection en trois temps. Guérison.*

Femme, 60 ans, entrée le 3 mars 1921 à l'hôpital de Tourcoing avec signes d'obstruction intestinale.

267. GAYET (Thèse de Jouffray). — *Cancer de l'angle droit. 1° Cæcostomie; 2° Résection; 3° Fermeture de la cæcostomie. Guérison.*

Femme, 54 ans, constipation tenace. Météorisme.

268. HORAND (Thèse de Jouffray). — *Cancer de l'angle droit. 1° Cæcostomie; 2° Résection; 3° Fermeture de la cæcostomie. Guérison.*

Homme, 45 ans. Crises d'obstruction intestinale. Clapottage cæcal. Tumeur perçue à droite et au-dessus de l'ombilic.

269. JABOULAY (Thèse de Cavaillon). — *Cancer de l'angle droit. 1° Cæcostomie; 2° Colectomie segmentaire. Suture termino-terminale; 3° Fermeture de la cæcostomie. Guérison maintenue huit ans après.*

Homme, 50 ans. Point d'antécédents. Entré à l'hôpital le 7 mars 1905 parce que, depuis 15 jours, il a des douleurs abdominales qui s'accompagnent de vomissements et de suppression des selles. A l'entrée, tension dans la fosse iliaque droite.

270. KUMMER. — *Cancer de l'angle droit. Résection segmentaire. Iléo-transversostomie latéro-latérale. Survie d'un an.*

Femme, 45 ans, avec des symptômes d'occlusion intestinale chronique.

271. LAMBRET. — *Cancer de l'angle droit. 1° Anus cæcal; 2° Hémi-colectomie. Guérison.*

Femme, vue en occlusion datant de 20 jours.

272. LAMBRET (Thèse de Veauveau). — *Cancer de l'angle droit. Cæcostomie. Hémi-colectomie droite. Guérison 19 mois après.*

273. LITTLEWOOD. — *Cancer de l'angle droit. 1° Cæcostomie; 2° Résection. Anastomose bout à bout. Mort.*

Homme, 53 ans.

274. PETERMANN. — *Cancer de l'angle droit. 1° Iléostomie; 2° Iléo-transversostomie. Résection segmentaire. Guérison opératoire. Mort de métastase.*

Homme, 52 ans, aucun antécédent. Depuis 3 jours, iléus.

c) Laparotomie exploratrice

275. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle droit. Métastase hépatique. Mort.*

Homme, 64 ans. Depuis 6 mois, constipation. Depuis 10 jours, ni selles, ni gaz. A l'examen, météorisme, péristaltisme.

276. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle droit. Métastase hépatique. Laparotomie exploratrice. Mort.*

Homme, 50 ans. Troubles intestinaux depuis longtemps. Depuis 6 jours, douleurs, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Température, 38°7.

277. ASSHURST. — *Abcès pelvien provenant d'un cancer de l'angle droit. Appendicectomie. Drainage. Mort. A l'autopsie, cancer de l'angle droit.*

Femme, 66 ans, vue le 25 mai 1915, admise pour souffrances abdominales datant de 4 jours. Abdomen distendu, douloureux à la pression. Péristaltisme de la partie supérieure de l'abdomen. Pas de tumeur. Bon état général. Douleurs électives dans la fosse iliaque droite. Diagnostic d'abcès appendiculaire. Sous anesthésie locale, appendicectomie : liquide purulent dans le ventre. Mèche. 6 semaines après l'opération, mort de cachexie. A l'autopsie, adéno-carcinome de l'angle droit. Tumeur annulaire de 5 centimètres de large.

278. DESGOUTTES (Inédite). — *Cancer végétant de l'angle droit. Laparotomie exploratrice. Mort.*

Femme, 42 ans, début de l'affection en septembre 1923, par crises de coliques abdominales avec vomissements ayant cédé rapidement. Crises répétées 4 ou 5 fois depuis. Sans constipation, sans diarrhée dans l'intervalle. Amaigrissement considérable depuis 4 semaines avec apparition d'une tumeur qui augmente rapidement de volume dans l'hypocondre droit. A l'examen : malade au faciès pâle, extrêmement amaigrie, volumineuse tumeur occupant tout l'hypocondre droit, très difficilement délimitable, mate, dure, douloureuse. Le 20 mars 1924, laparotomie exploratrice. Tumeur de l'angle droit inextirpable. Le 24 mars, mort. Autopsie : énorme tumeur du côlon ascendant et de l'angle droit avec très nombreux ganglions. Masse énorme bourgeonnante, sanieuse, extrêmement épaisse.

279. GANGOLPHE. — *Cancer de l'angle droit. Abcès péri-néoplasique. Incision. Fistule stercorale. Mort au bout de 5 mois.*

Femme, 55 ans, entrée pour tuméfaction légèrement douloureuse fruste dans la région de la vésicule biliaire. Tempé-

rature, 39°5. Incision : issue d'un demi-verre de pus fétide, jaunâtre, assez bien lié. 3 semaines après, issue de quelques matières fécales. Mort 4 ou 5 mois après. A l'autopsie : cancer de l'angle droit.

280. PETERMANN. — *Cancer de l'angle droit. Laparotomie exploratrice. Mort.*

Homme, 30 ans, depuis 6 mois douleurs à droite, irradiées au dos et à l'épaule droite. Accès douloureux répétés. Depuis 2 jours, coliques intenses. On sent à droite une tumeur grosse comme un poing.

d) Cas non opérés

281. ENGELSMANN (Kummel). — *Cancer de l'angle droit. Cancer du sein. Métastase cérébrale. Pas d'opération.*

Homme, 57 ans, admis dans un très mauvais état général. Somnolence, tumeur du mamelon gauche, ganglions cervicaux. Tumeur du côté droit de l'abdomen. Mort. Autopsie : cancer squirreux. Cancer de l'angle droit adhérent à la vésicule avec gros ganglions mésentériques et envahissement du canal thoracique. Tumeur cérébrale. Métastases au thymus, au poumon, au foie. Diagnostic histologique : adéno-carcinome.

282. LAQUIERRE. — *Cancer de l'angle droit. Eclatement du cæcum. Mort.*

Femme, 63 ans, entrée pour occlusion intestinale datant de la veille. L'interrogatoire révèle un état antérieur de subocclusion, constipation avec coliques. Troubles gastro-intestinaux. Amaigrissement marqué. A l'examen, le 3 février 1922 : abdomen ballonné. Quelques mouvements péristaltiques. Cæcum gros, douloureux, sonore, pas de tumeur. Radioscopie : le lavement baryté s'arrête dans la partie gauche du côlon transverse. On fait le diagnostic de cancer du gros intestin. Le 20 février 1922, 17 jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, la malade qui allait régulièrement à la selle, est prise brusquement dans la nuit d'une violente douleur abdominale. Etat péritonéal grave. Mort. A l'autopsie : cancer sténosant, en virole, de l'angle droit. Le côlon trans-

verse est rétracté de la grosseur d'un petit doigt. Le cæcum est éclaté. On ne peut retrouver l'appendice. L'abdomen est plein de matières.

283. LÉVY et ROUX-BERGER. — *Cancer de l'angle droit. Perforation du cæcum. Mort.*

Femme, 41 ans. Depuis un an, douleurs abdominales et gastriques. Entrée pour occlusion avec vomissements et arrêt des matières et des gaz. Tumeur sous le foie, à droite, large de 4 travers de doigt. mate, peu douloureuse. A l'autopsie, cancer végétant de l'angle droit avec envahissement secondaire du foie. Dans l'abdomen, pus abondant, jaunâtre, fétide. Le cæcum est très distendu et porte, en dehors de la bandelette longitudinale antérieure, à 4 travers de doigt du fond, une petite perforation de 5 à 6 millimètres de long sur 4 millimètres de large.

3. — CANCER DE L'ANGLE GAUCHE

a) Opérations palliatives

284. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle gauche. Perforation du cæcum. Mort.*

Homme, 58 ans. Vu en état d'occlusion avec matité dans les flancs. Intervention d'urgence le 11 novembre 1900. Perforation du cæcum que l'on extériorise. Mort 4 jours après. A l'autopsie, cancer de l'angle gauche.

285. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle gauche. Perforation cæcale. Mort.*

Homme, 58 ans, selles sanglantes et occlusion depuis 2 jours. Intervention : dilatation considérable du cæcum. Ponction du cæcum. Mort 4 jours après.

286. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle gauche. Petites perforations cæcales. Iléo-colostomie. Mort.*

Homme, 40 ans, malade 2 mois avant l'opération. 3 jours d'occlusion complète.

287. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle gauche transversosigmoidostomie. Fistule stercorale. Survie 3 mois.*

Femme, 32 ans, depuis 9 mois douleurs intermittentes au-dessous de l'arc costal gauche. Constipation, sang et glaires dans les selles. A l'examen, tumeur de l'hypocondre gauche, de la grosseur d'un œuf d'oie, mobile, à limites peu nettes.

288. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle gauche. Grossesse de 6 mois. Occlusion aiguë. Cæcostomie. Avortement. Mort.*

Femme, 38 ans, enceinte de 6 mois. Depuis 7 jours, vomissements, coliques, péristaltisme, arrêt des matières et des gaz.

289. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle gauche. Obstruction intestinale. Iléostomie. Métastases péritonéales. Survie de 5 mois.*

Femme, 32 ans. Vomissements depuis 10 jours. Arrêt de la circulation intestinale. Tumeur transversale au-dessus de l'ombilic. Noyaux cancéreux autour de l'ombilic.

290. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle gauche. Occlusion. aiguë. Cæcostomie. Absès périnéoplasique. Survie de 3 ans.*

Homme, 62 ans. Vu en occlusion aiguë. A déjà eu des crises d'obstruction intestinale.

291. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle gauche. Occlusion. Cæcostomie. Survie de 3 ans. Sans autre opération.*

Homme, 54 ans. Troubles intestinaux depuis longtemps. A l'examen météorisme, péristaltisme. Tumeur plus grosse qu'un poing sous l'arc costal gauche. Absès périnéoplasique.

292. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle gauche. Iléo-colostomie. Survie de 7 mois.*

Homme, 45 ans. Perte de l'appétit, péristaltisme.

293. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle gauche. Cæcostomie. Iléo-sigmoïdostomie. Survie de 21 mois.*

Homme, 49 ans. Troubles intestinaux depuis longtemps avec parfois du sang dans les selles. Météorisme, péristaltisme.

294. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle gauche. Obstruction intestinale. Anus contre nature. Colo-colostomie, transverse descendant. Métastase. Survie de 6 mois.*

Homme, 37 ans. Crises d'obstruction intestinale, puis occlusion aiguë, pour laquelle on pratique un anus contre nature. Apparition d'une tumeur dans l'hypocondre gauche.

295. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle gauche. Iléo-colostomie. Mort. Perforation du cæcum.*

Homme, 40 ans, perte de l'appétit, nausées. Vu en état d'occlusion; péristaltisme du cæcum.

296. CARYL-POTTER. — *Cancer de l'angle gauche. Occlusion. Colostomie transverse. Mort le quatrième jour.*

Femme, 56 ans.

297. DELORE (Thèse de Jouffray). — *Cancer de l'angle gauche du côlon. Cœcostomie. Survie de 8 mois.*

Homme, 63 ans, troubles gastriques faisant penser à un cancer de l'estomac, puis symptômes d'obstruction intestinale avec clapotage cœcal.

298. VON EISESLBERG. — *Cancer de l'angle gauche. Cœcostomie. Mort.*

Homme, 53 ans, depuis 3 mois coliques. Vu en iléus.

299. ENGELSMANN. — *Cancer de l'angle gauche. Colostomie transverse. Survie de 2 mois.*

Femme, 63 ans. Occlusion depuis 3 jours.

300. GANGOLPHE (Thèse de Viallet). — *Cancer de l'angle gauche. Cœcostomie. Absès périnéoplasique simulant un phlegmon périnéphrétique. Incision. Fistule pyo-stercorale. Mort en un mois.*

Homme, 50 ans, début il y a 2 ans par des troubles digestifs, constipation, coliques. En décembre 1906, crises d'occlusion aiguë pour lesquelles, le 15 décembre. M. Gangolphe pratique une cœcostomie. A ce moment, on constate une tumeur de l'angle gauche du côlon. 15 jours après, apparition de phénomènes inflammatoires dans l'hypocondre gauche, pendant une huitaine de jours, puis résolution. Ces phénomènes inflammatoires apparaissent et disparaissent plusieurs fois, pour se constituer définitivement et simuler un phlegmon périnéphrétique, avec prolongement jusqu'au-dessous de l'arcade crurale. On fait une incision lombaire qui donne issue surtout à des matières. Affaiblissement progressif. Mort.

301. GOSSET. — *Cancer de l'angle gauche. Iléo-sigmoïdostomie. Guérison opératoire.*

Femme, 48 ans, vue en état d'occlusion datant de 5 jours.

302. GUTBERLET. — *Cancer de l'angle gauche. Colo-colostomie. Mort en 19 jours.*

Femme, 59 ans. Depuis quelque temps, perte des forces et de l'appétit. Tumeur dans l'hypocondre gauche.

303. HARTWELL. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Cœcostomie; 2° Iléo-colostomie. Mort après plusieurs mois.*

Homme, 50 ans, vu le 27 juin 1916. Depuis 2 ans, alterna-

tives de diarrhée et de constipation. Plusieurs fois du sang dans les selles. Depuis 6 mois, obstruction partielle intermittente. Depuis 3 jours, occlusion complète.

304. JABOULAY (Thèse de Cavaillon). — *Cancer de l'angle gauche. Colo-colostomie. Mort.*

Depuis 6 mois, troubles digestifs, constipation, crises douloureuses. Tumeur perçue au-devant des fausses côtes gauches.

305. KOERTE. — *Cancer de l'angle gauche. Cæcostomie. Iléo-sigmoïdostomie. Fermeture de la cæcostomie. Guérison opératoire.*

306. KRAFT. — *Cancer de l'angle gauche. 2 perforations cæcales. Résection du cæcum. Mort.*

Homme, 65 ans. Météorisme chronique. Phénomènes aigus depuis 8 jours.

307. KRONLEIN. — *Cancer de l'angle gauche. Cæcostomie. Mort.*

Homme, 32 ans, troubles intestinaux. Occlusion.

308. MADELUNG. — *Cancer de l'angle gauche. Iléo-transversostomie. Survie de 3 mois.*

Homme, 55 ans, depuis 4 mois, troubles intestinaux. crises d'obstruction.

309. PETERMANN. — *Cancer de l'angle gauche. Iléostomie. Mort.*

Homme, 55 ans. Depuis 3 mois, perte de l'appétit. Depuis 8 jours, occlusion.

310. PETERMANN. — *Cancer de l'angle gauche. Transverso-sigmoïdostomie. Mort.*

Homme, 60 ans. Depuis quelques semaines, troubles digestifs, vagues.

311. PETERMANN. — *Cancer de l'angle gauche. Cæcostomie. Mort.*

Homme, 63 ans, depuis 10 jours occlusion progressive.

312. PETERMANN. — *Cancer de l'angle gauche. Cæcostomie. Mort.*

Homme, 38 ans, constipé chronique. Depuis 8 jours, obstruction intestinale. Météorisme cæcal.

313. RADICE. — *Cancer de l'angle gauche. Occlusion. Cæcostomie. Mort.*

Femme, 41 ans, en occlusion depuis 3 jours.

314. ROTTER. — *Cancer de l'angle gauche. Anus sur le côlon transverse.*

Femme, 57 ans, malade depuis 2 mois 1/2, coliques abdominales, surtout à gauche. Météorisme, sang dans les selles. Tumeur dure au-dessous des côtes gauches.

315. ROTTER. — *Cancer de l'angle gauche. Colostomie. Mort.*

Homme, 39 ans, coliques, douleurs très intenses, vomissements, cachexie.

316. ROTTER. — *Cancer de l'angle gauche. Iléo-sigmoïdostomie. Mort.*

Femme, 58 ans, depuis quelques mois, douleurs vagues dans l'abdomen, sans coliques. Amaigrissement, irrégularité des selles. Tumeur mobile à gauche de l'ombilic. Tumeur lisse que l'on pourrait prendre pour un rein mobile.

317. ROTTER. — *Cancer de l'angle gauche. Anus sur le côlon transverse. Mort.*

Homme, 59 ans. Depuis quelques mois, constipation, gargouillements. Depuis 3 jours, occlusion.

318. ROUX, de Lauzanne (Thèse de Vuichoud). — *Cancer de l'angle gauche. 1° Anus cæcal; 2° Colo-colostomie. Survie de 7 mois 1/2.*

Homme, 53 ans. Cancer de l'angle gauche. Pas d'histoire clinique.

319. SANTY (Inédite). — *Cancer de l'angle gauche. Absès périnéoplasique. 1° Incision de l'abcès. Cæcostomie. 2° Iléo-sigmoïdostomie. Survie de 4 mois.*

Homme, 65 ans. Diabétique, obèse. Depuis quelques mois cachexie progressive et constatation, au cours d'une récente saison à Vichy, d'une grosse masse dans l'hypocondre gauche. A l'examen : malade au teint jaunâtre, qui présente des température 38,4-39° tous les jours. Au-dessous des fausses côtes gauches, on sent une masse du volume du poing, douloureuse à la palpation. A la radioscopie, énorme image lacu-

naire occupant l'angle gauche. Diagnostic : cancer de l'angle gauche avec abcès péricôlique. *Intervention*, le 24 octobre 1924 : Incision exploratrice sous-costale gauche. Abcès stercoral très fétide, dont le fond est occupé par une perforation intestinale admettant le doigt et qui livre passage à des bourgeons néoplasiques. Large drainage. Cæcostomie. Le 15 novembre 1924, après quelques poussées hyperthermiques, considérables, amélioration et diminution très manifeste du volume de la tumeur. Le 25 novembre 1924, iléo-sigmoïdostomie termino-latérale. Le malade s'éteint 4 mois plus tard de cachexie progressive.

320. SANTY (Inédite). — *Cancer de l'angle gauche*. 1° Colostomie transverse. 2° Iléo-sigmoïdostomie. *Survie de 3 ans 1/2*.

Femme, 55 ans. Depuis plusieurs mois, constipation opiniâtre, avec, il y a un mois, crise d'obstruction intestinale. A l'examen : malade très pâle, en voie de cachexie. Abdomen étalé, volumineux, avec péristaltisme très visible, surtout manifeste au niveau de l'ombilic où se dessine une anse grosse comme l'avant-bras. Le 7 avril 1924, colostomie transverse. Le 22 avril 1921 : iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale à 3 plans. Suites très simples. En février 1924 : on apprend que la malade se cachectise et ne semble pas devoir survivre longtemps.

321. SAVARIAUD. — *Cancer de l'angle gauche*. 1° Cæcostomie. 2° Transverso-sigmoïdostomie. *Guérison*.

Femme, 54 ans, vue en pleine occlusion. Les premiers troubles remontent à 1900.

322. SIMON. — *Cancer de l'angle gauche*. Colostomie. *Mort*. Femme, 27 ans, phénomènes dyspeptiques, vue en iléus.

323. SYMS. — *Cancer de l'angle gauche*. Colo-colostomie. *Guérison pendant 4 ans. Mort par perforation au niveau de l'anastomose*.

Femme, 70 ans.

324. WALDENSTROM. — *Cancer de l'angle gauche*. Iléostomie. *Mort*.

Homme, 67 ans, constipé depuis 3 mois. Depuis 3 jours en occlusion.

325. WALDENSTROM. — *Cancer de l'angle gauche. Transverso-sigmoïdostomie latéro-latérale. Mort en 7 jours.*

Femme, 35 ans. Depuis 2 mois, obstruction qui augmente de plus en plus. Météorisme du cæcum. Péristaltisme.

326. WALDENSTROM. — *Cancer de l'angle gauche. Cancer du rectum. Iléo-sigmoïdostomie latérale. Mort.*

Homme, 60 ans, constipation et coliques depuis 10 mois. Depuis 2 mois, vomissements, obstruction chronique. Etat général précaire. Douleurs dans la fosse iliaque gauche.

327. WALDENSTROM. — *Cancer de l'angle gauche. Cæco-sigmoïdostomie. Mort.*

Femme, 59 ans, sans histoire clinique.

b) Opérations radicales

1. — *Colectomie segmentaire économique à la Reybard.*

328. BILTON POLLARD. — *Cancer colloïde de l'angle gauche. Résection segmentaire. Anastomose termino-terminale. Guérison après 3 ans et 1/2.*

Homme, 29 ans, dyspeptique depuis 4 ans avec coliques intenses par intervalles, hémorragie rectale. Tumeur mobile à gauche juste au-dessus de l'ombilic.

329. BOCKEL. — *Cancer annulaire de l'angle gauche. Résection segmentaire. Anastomose termino-terminale. Fistule stercorale consécutive. Guérison maintenue après 5 ans.*

Femme, 43 ans.

330. ENGELSMANN. — *Cancer de l'angle gauche. Résection. Anastomose transverse et côlon descendant. Mort.*

Femme, 53 ans. en occlusion depuis 6 jours.

331. VON HABERER. — *Cancer de l'angle gauche. Résection segmentaire. Transverso-sigmoïdostomie latéro-latérale. Guérison.*

Femme, 59 ans, vue en occlusion. Péristaltisme. Distension du cæcum.

332. HARTERT. — *Cancer de l'angle gauche. Occlusion. Résection. Suture bout à bout. Absès de la paroi. Absès rétro-péritonéal. Fistule stercorale. Guérison.*

Femme, 75 ans.

333. HARTMANN. — *Cancer de l'angle gauche. Résection. Anastomose latéro-latérale. Mort.*

Femme, 52 ans, toujours bien portante jusqu'il y a 2 mois, où elle fit une crise d'obstruction intestinale caractéristique. En juin 1905, on se trouve en présence d'une malade amaigrie, légèrement constipée, dont le ventre est gros. On sent à la palpation une tumeur dure, arrondie, mobile, dans l'hypocondre gauche.

334. HARTMANN (Thèse d'Okinczyc). — *Cancer de l'angle gauche. Résection. Colo-colostomie. Mort.*

Homme, 41 ans, depuis 6 ans, troubles dyspeptiques, depuis 1 an, crises coliques avec alternatives de diarrhée et de constipation. En août 1902, le malade constate dans ses selles la présence d'un petit fragment organisé, dont l'examen démontre la nature cancéreuse.

335. HARTWELL. — *Cancer de l'angle gauche. Résection. Anastomose bout à bout. Mort.*

Homme, 35 ans, vu le 17 juillet 1913, depuis 8 jours nausées, vomissements. Tension abdominale.

336. HUGUIER. — *Cancer encéphaloïde de l'angle gauche avec péricôlite graisseuse. Résection segmentaire. Suture termino-terminale. Guérison.*

Femme, 59 ans. Depuis 2 ans, crises intermittentes d'entérite caractérisée par des selles liquides jaunâtres et précédées de coliques courtes. En mars 1911, douleurs violentes dans le côté gauche du ventre avec constipation. En mai 1911 on sent une tumeur grosse comme 2 poings dans la fosse iliaque gauche. Tumeur dure et irrégulière.

337. LITTLEWOOD. — *Cancer de l'angle gauche. Résection. Suture bout à bout. Guérison.*

Constipation et obstruction intestinale chronique.

338. PECK. — *Cancer de l'angle gauche. Résection segmentaire. Transverso-sigmoïdostomie. Guérison.*

Homme, 47 ans, constipation opiniâtre depuis 3 mois. Depuis 2 semaines, obstruction partielle. Pas de mœlena, pas de péristaltisme. A la palpation, on sent une masse sous les côtes gauches.

339. RADICE. — *Cancer de l'angle gauche. Résection segmentaire. Anastomose termino-terminale. Guérison.*

Homme, 69 ans. Depuis de nombreux mois, douleurs abdominales à siège variable. A la palpation, résistance sous l'arc costal gauche, sans perception de tumeur.

340. TRASCIATTI. — *Cancer de l'angle gauche. Résection segmentaire. Suture termino-terminale. Guérison.*

Femme, 40 ans. Depuis un mois, coliques avec diarrhée. Sang dans les selles. A l'examen : péristaltisme. On sent dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen, une tumeur mobilisable du volume d'un citron.

341. VILLARD (Thèse de Cavaillon). — *Cancer de l'angle gauche. Colectomie segmentaire. Suture bout à bout. Mort.*

Homme, 58 ans. Constipation habituelle, amaigrissement considérable.

342. ZIMMERMANN. — *Cancer de l'angle gauche. Résection segmentaire. Suture bout à bout. Mort.*

Homme. 62 ans. Depuis 6 mois, coliques, constipation, vomissements.

2. — *Colectomie étendue.*

343. PAUCHET. — *Cancer de l'angle gauche. Occlusion. Colectomie totale. Iléo-sigmoïdostomie termino-terminale. Guérison.*

344. SASSE. — *Cancer de l'angle gauche. Résection. Guérison après 7 ans 1/2.*

Femme. 36 ans, opérée le 26 février 1898 : Cancer de l'angle gauche adhérent à la rate, au rein, à la paroi abdominale. Résection étendue du transverse jusqu'au côlon sigmoïde. Guérison maintenue 7 ans 1/2 après.

3. — *Extériorisation.*

345. ANSCHUTZ (Thèse de Cruet). — *Cancer de l'angle gauche. Occlusion. Extériorisation. Résection. Mort. Métastases hépatiques.*

Cancer de l'angle splénique. Iléus.

346. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle gauche. Extériorisation. Ablation de la tumeur le même jour. Guérison maintenue 3 ans après l'intervention.*

Femme, 17 ans, depuis mois, coliques abdominales gauches. On fait un diagnostic de rein flottant, d'autant plus que la région rénale est douloureuse et qu'il existe une tumeur à gauche de l'ombilic. L'état général est bon.

347. ANSCHUTZ (Thèse de Cruet). — *Cancer de l'angle gauche. Extériorisation. Mort.*

Femme, 45 ans. Depuis 10 semaines, crises douloureuses et occlusion chronique. Depuis 4 semaines, constipation opiniâtre et depuis 24 h. iléus avec vomissements fécaloïdes.

348. ANSCHUTZ (Thèse de Cruet). — *Cancer de l'angle gauche. Extériorisation. Résection. Survie de 5 mois.*

Homme, 50 ans. Il y a 5 mois, crise douloureuse abdominale accompagnée de diarrhée (selles brunâtres). Il y a 3 semaines, nouvelle diarrhée, et depuis, sensation de pesanteur dans le côté gauche. A l'examen, tumeur dans l'hypocondre gauche, dure, irrégulière, peu délimitable en haut.

349. ANSCHUTZ (Thèse de Cruet). — *Cancer de l'angle gauche. Extériorisation. Résection. Fermeture de l'anus. Guérison 3 ans après.*

Femme, 17 ans, il y a 9 mois, coliques. Aggravation il y a 3 mois, sang dans les selles, sang et pus dans les urines. A l'examen, on sent une tumeur à gauche de l'ombilic qui a la forme et le volume du rein, et qu'on peut refouler vers la région rénale.

350. ANSCHUTZ (Thèse de Cruet). — *Cancer de l'angle gauche. Extériorisation. Résection. Fermeture de l'anus. Récidive 7 mois après.*

Femme, 65 ans. Présente, depuis 7 mois, des troubles digestifs et des selles irrégulières. Depuis 10 jours, elle souffre de coliques, sous forme de crampes, qui se répètent toutes les 10 minutes, en même temps que surviennent des vomissements et du ballonnement du ventre. Ordinairement constipée; depuis 3 jours, les selles sont diarrhéiques. A l'examen, malgré le météorisme, on arrive à sentir une tumeur dans la partie inférieure de l'abdomen, et, à gauche, tumeur mobile et dure.

351. CHEVASSU. — *Cancer de l'angle gauche du côlon.*
1° *Anus cæcal.* 2° *Extériorisation.* 3° *Résection.* *Guérison.*

Homme, 60 ans. Amaigrissement, sans cause appréciable, pendant un an. Depuis 8 jours, obstruction intestinale. Le 12 février 1919, anus cæcal. Le 8 mars, radioscopie : le lavement opaque, arrivé à l'angle spénique, s'engage à peine dans l'extrémité gauche du côlon transverse. Le 14 mars, incision de Chevassu. Cancer en ficelle de l'angle gauche, adhérent seulement, par sa face antérieure, à la terminaison gauche du grand épiploon. Section de l'épiploon. Extériorisation large de 30 centimètres d'intestin. Le 20 mars, résection de la tumeur, avec suture en arrière et sur les côtés en laissant ouverte la partie antérieure, comme soupape de sûreté. Guérison.

352. Pierre DELBET. — *Cancer de l'angle gauche. Extériorisation. Résection. Fermeture de l'anus. Guérison.*

Femme, 30 ans. Vue en occlusion aiguë, avec côlon transverse très distendu.

353. DENK. — *Cancer de l'angle gauche. Fistule gastro-colique. Extériorisation en 3 temps. Mort.*

Homme, 71 ans. Depuis 10 ans, douleurs abdominales, nausées, quelques vomissements. Depuis 1 an, anorexie, amaigrissement. Depuis 5 mois, régurgitations fétides. Depuis 2 mois, vomissements très abondants, diarrhée. Abdomen souple, au-dessous des côtes gauches, douleurs à la pression, pas de résistance musculaire.

354. DENK. — *Cancer de l'angle gauche. Extériorisation. Résection. Fermeture de l'anus. Guérison.*

Homme, 30 ans, depuis 8 ans, nausées, vomissements,

constipation, mælena. Depuis 4 mois, constipation opiniâtre. A l'examen, abdomen volumineux, tendu. Péristaltisme net, météorisme du cæcum. Pas de tumeur.

355. DENK. — *Cancer de l'angle gauche. Extériorisation. Résection. Fermeture de l'anus. Guérison.*

Homme, 47 ans. Depuis 2 mois, douleurs, coliques, vomissements, constipation. A l'examen, abdomen météorisé. Péristaltisme. Pas de tumeur.

356. HAHN (Thèse de Cruet). — *Cancer de l'angle splénique. Obstruction intestinale. Colostomie droite. Opération de Bloch (extériorisation, résection, quelques jours après). Fermeture des 2 anus. Guérison opératoire.*

Femme, 70 ans.

357. HARTERT. — *Cancer de l'angle gauche. Occlusion. Extériorisation. Pneumonie. Mort.*

Femme, 60 ans.

358. HARTWELL. — *Cancer de l'angle gauche. Gros abcès périnéoplasique. Extériorisation. Résection de la tumeur. Mise en place de tubes de Paul. Mort au bout de 6 semaines.*

Homme, 47 ans. Vu le 6 décembre 1916. Diarrhée chronique, depuis 2 ans, symptômes digestifs. Les derniers mois, sang dans les selles. Soigné en septembre 1916, pour symptômes gastriques. En novembre 1916, douleurs à gauche, au niveau des fausses côtes. Douleurs intermittentes qui gênent les mouvements respiratoires. On pense à une perforation d'ulcère gastrique, près du cardia, à symptomatologie subaiguë.

359. HOCHENEGG. — *Cancer de l'angle gauche. Cæcostomie. Extériorisation. Suture de l'anus. Guérison après 5 ans.*

Homme, 51 ans.

360. MOSZKOWICZ. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Incision d'un phlegmon retro-péritonéal. 2° Extériorisation. 3° Fermeture de l'anus. Guérison.*

Malade, vu au commencement d'avril 1919, pour douleurs avec fièvre et douleurs dans la région abdominale gauche, où l'on découvre une tumeur qui augmente peu à peu.

361. MOUCHET ET BARANGER. — *Cancer de l'angle gauche chez un enfant de 10 ans. Extirpation. Mort.*

Cancer de l'angle gauche chez un enfant de 10 ans, s'étant manifesté par une occlusion intestinale aiguë. Une laparotomie exploratrice fit, tout d'abord, incriminer la tuberculose. La tumeur, successivement extériorisée, puis enlevée, fut reconnue par Gaston et Civatt être un adéno-épithélioma, forme rare à cet âge. A la suite de l'extirpation, une nouvelle occlusion se produisit, et l'enfant quitta l'hôpital sans espoir de guérison, après ouverture d'un anus cæcal.

362. PAUCHET. — *Cancer ulcère de l'angle gauche et fistule lombaire pyo-stercorale. 1° Incision du phlegmon. Cæcostomie. 2° Résection segmentaire. Abouchement des 2 bouts intestinaux à la peau. Guérison.*

Femme, venant avec un phlegmon de la fosse lombaire gauche, et obstruction intestinale chronique.

363. PETERMANN. — *Cancer de l'angle gauche. Résection. Abouchement des bouts intestinaux à la peau. Mort.*

Femme, 56 ans. Depuis 6 mois, coliques. Sang dans les selles. Depuis 8 jours, occlusion.

364. QUENU. — *Cancer de l'angle gauche. Anus cæcal. Extériorisation. Résection. Guérison après 3 ans.*

Homme, 70 ans. Vu en occlusion.

365. QUENU. — *Cancer de l'angle gauche. Extériorisation. Résection. Guérison opératoire. Mort 6 mois après d'hémorragie duodénale.*

Femme, 60 ans. Troubles digestifs. Quelques vomissements. Etat gastrique ancien. Depuis 6 mois, constipation.

366. SOULIGOUX. — *Cancer de l'angle gauche. Occlusion. Extériorisation à la Bloch. Fistulisation du cæcum. Mort presque immédiate.*

Homme, 60 ans. Souffre depuis longtemps de l'estomac. Diagnostic de sténose pylorique, fait par plusieurs médecins. A l'examen, état extrêmement grave et vomissements abondants.

367. TAVERNIER (Inédite). — *Cancer de l'angle gauche. Extériorisation. Guérison opératoire.*

Homme, 45 ans. Crises d'obstruction intestinale, il y a 3 mois. Vu en état d'occlusion qui dure depuis 4 jours. Péristaltisme cæcal très net. *Intervention*, octobre 1922 : cancer de l'angle gauche. Libération laborieuse de l'angle. Section du méso. Résection de la tumeur et abouchement à la peau. Tubes de Paul. Suites opératoires excellentes. Le malade quitte l'hôpital fin novembre 1922. Il refuse la cure de son anus artificiel.

368. VIANNAY. — *Cancer de l'angle gauche adhérent au diaphragme. Colectomie segmentaire, suivie de l'abouchement des 2 bouts à la peau. Mort en 24 heures de shock.*

Femme, 64 ans, qui, depuis 6 mois, se cachectise progressivement et présente des symptômes généraux de cancer viscéral, sans aucun trouble fonctionnel. Cependant, il y a 15 jours, selles sanglantes, qui décident la malade à consulter un médecin. A l'examen : on ne trouve rien, sauf une douleur vive, persistante et tenace dans l'hyocondre gauche, douleur irradiée en arrière, au niveau de l'hémi-thorax gauche.

369. WALDENSTROM. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Extériorisation. 2° Résection. 3° Fermeture de l'anus. Guérison pendant 5 ans. Récidive. Cancer de l'estomac. Mort.*

Femme, 38 ans. Depuis 3 mois, douleurs brusques, avec vomissements Coliques avec diarrhée. Météorisme cæcal.

370. WALDENSTROM — *Cancer de l'angle gauche. 1° Extériorisation. 2° Transverso-sigmoïdostomie. Mort.*

Homme, 27 ans. Depuis 8 mois, crises d'obstruction, avec vomissements. Il y a 6 mois, iléostomie dans la partie terminale de l'iléon, refermée 3 mois après. Depuis, constipation, mauvais état général.

371. WESTBROCK. — *Cancer de l'angle gauche. Résection avec abouchement des 2 bouts à la peau. Fermeture de l'anus. Guérison après 4 ans.*

Femme, 47 ans.

4. — *Colectomie après dérivation.*

372. ABBOTT. — *Cancer de l'angle gauche du côlon. Occlusion. 1° Fistule cæcale. 2° Résection après anus lombaire. Guérison.*

Femme, 40 ans. Constipée depuis 11 mois. Vue en

Femme, 40 ans. Constipée depuis 11 mois. Vue en obstruction.

373. ABBOTT. — *Cancer de l'angle gauche. Occlusion. 1° Anus lombaire. 2° Résection. Guérison.*

Homme 65 ans. Constipé chronique. Vu en état d'occlusion.

374. BARKER. — *Cancer de l'angle gauche. Occlusion. 1° Anus iléal. 2° Iléo-sigmoïdostomie latéra-latérale, 3° Résection du cancer. Guérison après 6 ans 1/2.*

Homme, 51 ans. Vu en occlusion.

375. ARTHUR BEVAL. — *Cancer de l'angle gauche, amené en état d'occlusion aiguë.*

376. BILTON POLLARD. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Résection segmentaire. 2° Suture termino-terminale. Obstruction consécutive. Cæcostomie. Guérison après 4 ans.*

Femme, 55 ans. Malade depuis 5 mois, a eu des attaques de coliques intenses avec diarrhée. Douleurs vagues du côté gauche. Tumeur dans le flanc gauche, ayant tous les caractères d'une tumeur rénale.

377. BREVER. — *Cancer de l'angle gauche. Iléus. Cæcostomie, Résection segmentaire. Transverso-sigmoïdostomie. Guérison.*

Femme, 48 ans. Depuis 3 ans, douleurs dans la partie gauche de l'abdomen. Douleurs vagues, sans caractère précis. Alternatives de constipation et de diarrhée, avec sang dans les selles. Depuis 7 jours, occlusion intestinale aiguë.

378. CAUCCI. — *Cancer de l'angle gauche. Occlusion intestinale aiguë. 1° Cæcostomie. 2° Résection segmentaire. Colo-colostomie. 3° Fermelure de la cæcostomie. Guérison.*

Femme, 48 ans. Depuis 3 ans, douleurs dans la partie gauche de l'abdomen. Douleurs vagues, sans caractère précis. Alterna-

tives de constipation et de diarrhée avec sang dans les selles. Depuis 7 jours, occlusion intestinale aiguë.

379. COPE. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Cæcostomie. 2° Résection en suture bout-à-bout. Guérison.*

Femme, 43 ans. Constipation, douleurs, vomissements.

380. DESMAREST. — *Cancer de l'angle gauche. Occlusion. Anus cæcal. Résection. Anastomose termino-terminale. Guérison.*

Femme, 55 ans. Obstruction intestinale, datant de 7 jours. Maximum de distension à droite. Voussure du cæcum. Distension du transverse. A l'examen radioscopique, le lavement bismuthé s'arrête à l'angle gauche. Le 29 septembre 1918, anus cæcal. Le 16 octobre, résection de l'angle splénique.

381. DESMAREST. — *Cancer de l'angle gauche. Anus cæcal. Iléo-sigmoïdostomie. Résection segmentaire. Anastomose bout-à-bout. Guérison après 2 ans.*

Femme, 46 ans. Vue en occlusion intestinale datant de 10 jours. Ancienne constipée chronique. Le 12 juin 1916, anus cæcal. Le 22 août, laparotomie médiane : cancer de l'angle gauche. Anastomose bout-à-bout. Drainage lombaire. Le 7 novembre, fermeture de la cæcostomie. Guérison. Revue 2 ans, après, guérison maintenue.

382. ENGELSMANN. — *Cancer de l'angle gauche. Colostomie transverse. Résection de la tumeur, avec suture bout-à-bout. Guérison.*

Femme, 56 ans. Depuis 1 an, troubles intestinaux vagues. Depuis 3 jours, état général mauvais. Occlusion complète.

383. FUSCHIG. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Colostomie transverse. 2° Résection segmentaire. Suture bout-à-bout. Mort.*

Femme, 71 ans. Troubles intestinaux depuis 1 mois, en occlusion aiguë depuis 3 jours.

384. FUSCHIG. *Cancer de l'angle gauche. 1° Cæcostomie. 2° Résection segmentaire. Suture bout-à-bout. Guérison.*

385. GIBBON. *Cancer de l'angle gauche. 1° Colostomie transverse. 2° Résection. 3° Colo-colostomie latéro-latérale transverse descendant. Mort.*

Femme, 71 ans. Troubles intestinaux depuis 1 mois, en occlusion aiguë depuis 3 jours.

386. GOULLIoud (Inédite). — *Cancer de l'angle gauche.*
1° *Anus cæcal.* 2° *Résection de la tumeur. Colo-colostomie latéro-latérale transverse-descendant. Guérison opératoire. Mort 3 mois après.*

Femme, 60 ans. Douleurs sourdes dans le côté gauche, amaigrissement, pertes des forces, mauvaises digestions, constipation, sang dans les selles. Au-dessous du rebord des fausses côtes, à gauche, tumeur de la grosseur d'un œuf, douloureuse, irrégulière, bosselée. Le 6 mai 1908, anus cæcal. Le 26 mai 1908, résection du cancer de l'angle gauche. Fermeture en bourse des deux bouts intestinaux. Anastomose latéro-latérale transverse descendant. Guérison opératoire. Diagnostic histologique : adéno-carcinome. Mort le 14 septembre 1908.

387. HARTERT. — *Cancer de l'angle gauche. Occlusion. Résection en 3 temps. Guérison.*

Femme, 48 ans.

388. HARTERT. — *Cancer de l'angle gauche. Résection en 3 temps. Péritonite après fermeture de la fistule cæcale. Mort.*
Homme, 63 ans.

389. HARTWELL. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Cæcostomie. 2° Résection de la tumeur. Transverso-sigmoidostomie. Mort.*

Femme, 42 ans. Vue le 8 avril 1916. Depuis 2 ans, troubles intestinaux. Depuis 1 mois, douleurs à gauche et dans la région lombaire. Ni diarrhée ni sang dans les selles. Obstruction complète, depuis 5 jours. Rien à la palpation dans l'abdomen, qui est très distendu.

390. HARTWELL. — *Cancer de l'angle gauche. Occlusion. 1° Cæcostomie. 2° Iléo-sigmoidostomie. 3° Résection du cancer. Survie de 2 ans.*

Homme, 27 ans. Vue le 6 mai 1913, avec des signes d'obstruction depuis 6 jours. Douleurs à la partie inférieure de l'abdomen. Dans les antécédents, appendicectomie. Diagnostic : occlusion par brides.

391. LAMBRET (Thèse de Veauveau). — *Cancer de l'angle gauche. Opération en 3 temps. Guérison.*

Homme, 50 ans. Crises coliques intermittentes. Le 18 avril, 1911, crise d'occlusion aiguë. Le 25 avril, anus cæcal. Le 31, cancer de l'angle gauche. Extériorisation. Le 18 mai, résection de la tumeur. Le 17 juin, fermeture de l'anūs, de l'extériorisation. Le 2 avril 1912, fermeture de l'anūs cæcal. Guérison. Diagnostic histologique : cancer.

392. LITTLEWOOD. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Cæcostomie. 2° Résection segmentaire. Suture bout-à-bout. Guérison.*

393. LITTLEWOOD. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Cæcostomie. 2° Résection segmentaire. Suture bout-à-bout. Guérison.*
Femme, 35 ans.

394. MICHAUX. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Cæcostomie. 2° Extirpation. Guérison.*

Malade, vu en état d'occlusion..

395. MORISON. — *Cancer de l'angle gauche. Occlusion. 1° Cæcostomie. 2° Résection et transverso-sigmoïdostomie. 3° Fermeture de la cæcostomie. Guérison. maintenue après 4 ans.*

Homme, 62 ans.

396. PAUCHET (Thèse d'Okinczye). — *Cancer de l'angle gauche. Résection. Iléo-sigmoïdostomie. Guérison. Récidive 2 ans après.*

Femme, 57 ans. Hémorragie intestinale et glaires, depuis 4 mois. Tumeur abdominale.

397. PETERMANN. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Iléostomie. 2° Résection. Anastomose termino-terminale. Guérison opératoire. Mort de généralisation péritonéale.*

Femme. 47 ans. Depuis 1 mois et demi, coliques. Depuis 3 jours, occlusion.

398. PETERMANN. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Iléostomie. 2° Résection de la tumeur. Anastomose latéro-latérale. Guérison opératoire. Mort cinq mois après.*

Homme, 25 ans. Depuis un mois, constipation progressive. Depuis 3 jours, occlusion complète.

399. QUENU. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Cæcostomie. 2° Résection et suture. Mort.*

Homme, 59 ans. Occlusion.

400. QUENU. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Cæcostomie. 2° Résection. Iléo-sigmoïdostomie. Guérison. maintenue 1 an 1/2.*

Femme, 60 ans. Vue le 27 novembre 1904, en occlusion.

401. RENON. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Cæcostomie. 2° Résection, avec anastomose termino-terminale. Guérison. Mort après 4 mois.*

Femme, 28 ans. Malade depuis 7 mois. Diarrhée, amaigrissement de 5 kilogs. Tumeur, du volume d'une orange, sous les côtes gauches.

402. ROTTER. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Cæcostomie. 2° Résection segmentaire. Suture bout-à-bout. Guérison.*

Femme, 47 ans. Depuis 2 semaines. météorisme, gargouillements, vomissements et péristaltisme.

403. ROTTER. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Cæcostomie. 2° Résection segmentaire. Suture bout-à-bout. Guérison.*

Femme. 38 ans. Depuis 2 semaines, météorisme, crises d'obstruction.

404. ROTTER. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Cæcostomie. 2° Résection de la tumeur, d'une partie du pancréas et de la rate, ainsi que de la grande courbure de l'estomac. Mort.*

Homme, 54 ans. Depuis 2 ans, troubles intestinaux. Depuis 6 mois, crises coliques très douloureuses. Faiblesse, amaigrissement. Péristaltisme.

405. ROTTER. — *Cancer de l'angle gauche. Résection. Colectomie partielle. Iléo-sigmoïdostomie. Guérison.*

Homme, 43 ans. Pas d'observation clinique.

406. SANTY ET CONVÈRT (Inédite). — *Cancer de l'angle gauche. 1° Anus transverse. 2° Résection segmentaire et suture bout-à-bout. 3° Fermeture de l'anus transverse. Guérison opératoire. Pas de suites éloignées connues.*

Homme, 64 ans. Vu en état d'occlusion. Le 12 novembre 1919, anus sur le côlon transverse. Le 4 décembre 1919, résection segmentaire. Suture bout-à-bout. Il y a de petits

ganglions, peu nombreux, dans le méso. Le 18 janvier 1920, ferdeture de l'anūs transverse. Suites opératoires parfaites. Pas de suites éloignées connues.

407. SAVARIAUD. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Fistulisation du transverse. 2° Exclusion unilatérale, avec iléo-sigmoïdostomie. 3° Extirpation de la tumeur. Persistance d'une fistule stercorale. Vivant 2 ans après.*

Femme. Vue en occlusion incomplète, le 17 août 1907. Point douloureux épigastrique, un peu à gauche, de la ligne médiane. Coliques intestinales.

408. SCHLOFFER. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Cæcostomie. 2° Résection segmentaire. Suture bout-à-bout. 3° Fermeture de la cæcostomie. Guérison.*

Homme, 25 ans.

409. SINCLAIR WHITE. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Anus sur le cõlon ascendant. 2° Résection de la tumeur. Suture termino-terminale. Guérison pendant 18 mois. Récidive locale. Métastase hépatique. Cæco-sigmoïdostomie. Guérison pendant 8 mois. Mort.* * * * *

Homme, 59 ans. Depuis 2 semaines, douleurs de plus en plus intenses, avec obstruction incomplète pendant 8 jours. Vomissements, tympanisme, péristaltisme.

410. SORENSEN. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Cæcostomie. 2° Résection segmentaire. Transverso-sigmoïdostomie. Guérison. Survie de 9 mois.* *

Homme, 52 ans.

411. SORENSEN. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Transverso-sigmoïdostomie. 2° Résection segmentaire. Suture bout-à-bout. Guérison.*

Femme, 59 ans. Crises antérieures d'occlusion, amaigrissement, météorisme sans douleurs violentes. Pas de tumeur.

412. SORENSEN. — *Cancer de l'angle gauche. Résection. Transverso-sigmoïdostomie. Guérison. Survie de 8 mois.*

Homme, 65 ans.

413. TRUESDALE. — *Cancer de l'angle gauche. 1° Colostomie sur le transverse. 2° Résection, avec anastomose latéro-latérale. Guérison. 13 mois après, cancer utérin.* ,

Femme, 63 ans. Vue en occlusion.

414. TRUESDALE. — *Cancer de l'angle gauche. Résection. Iléo-sigmoïdostomie. Guérison 6 mois après.*

Homme, 60 ans.

c) Laparotomie exploratrice

415. ANSCHUTZ. — *Cancer de l'angle gauche. avec métastase ombilicale. Laparotomie exploratrice. Mort.*

Homme, 53 ans. Depuis 2 mois 1/2, tumeur dans la région ombilicale. Coliques, constipation, amaigrissement. A l'examen tumeur immobile, douloureuse de la grosseur d'une noisette ; au toucher rectal, noyau dur sur la prostate.

416. GAULTIER. — *Cancer de l'angle gauche. Intervention. Déchirure de la veine rénale. Mort.*

Pièces présentées à la Société de Médecine de Paris. Grosse tumeur de l'angle gauche du côlon non sténosante, avec une caverne creusée dans l'épaisseur du néoplasme. Absence de passé intestinal, ni constipation, ni diarrhée, simplement quelques coliques passagères. Amaigrissement notable, douleurs sourdes dans le flanc gauche. Un peu de sang dans les selles. A la radioscopie : arrêt du repas bismuthé au niveau de l'angle gauche.

417. HUGUIER ET RIGOLLOT-SIMONNOT. — *Cancer de l'angle gauche, avec cancer secondaire du foie. Laparotomie exploratrice. Mort.*

Symptômes d'un abcès aigu, avec température et augmentation des leucocytes.

418. HUTCHINSON ET WOLBACH. — *Cancer de l'angle gauche. Occlusion. Laparotomie exploratrice. Mort.*

Femme, 60 ans. Souffre de l'abdomen depuis 6 mois. Vue en état d'occlusion aiguë.

419. KRAFT. — *Cancer de l'angle gauche. 2 perforations cœcales. Suture intestinale. Mort.*

Homme, 66 ans. En occlusion depuis 8 jours.

420. PASSOT. — *Cancer de l'angle gauche. Obstruction intestinale. Sphacèle par distension du cæcum. Mort.*

8 kilogs. A ce moment. phénomènes douloureux, coliques : tumeur, nettement perceptible, sous les fausses côtes gauches. Décès rapide en 4 jours, sans qu'on ait pu intervenir.

426. HARTWELL. — *Cancer de l'angle gauche. Pas d'opération.*

Femme, 76 ans. Vue le 17 janvier, en occlusion. Douleurs dans l'hypocondre gauche. Sang dans les selles. Pas d'intervention, à cause de l'âge. Lavements. Désobstruction. On sent une tumeur de l'angle gauche.

427. ISRAEL. — *Cancer de l'angle gauche. Mort.*

Homme, 13 ans. Tumeur de l'hypocondre gauche. Diagnostique ; anémie splénique, ou tumeur dans le rein gauche. Pas de troubles de circulation intestinale. A l'autopsie : cancer colloïde de l'angle gauche et du côlon descendant.

428. PETIT ET MERLE. — *Cancer latent de l'angle gauche, à forme anémique. Pas d'intervention.*

Homme, 37 ans. début il y a 3 mois, par des douleurs dans le flanc gauche. Légers troubles dyspeptiques. Amaigrissement, pâleur. Etat anémique prononcé. Constipation. Fièvre. Examen radioscopique négatif. Brusquement diarrhée ventreuse à odeur fétide. Œdème des membres inférieurs. Mœlena. Mort. A l'autopsie : cancer de l'angle splénique adhérent à la queue du pancréas, au bord inférieur de la rate, à la paroi abdominale antérieure. Nombreux ganglions. Examen histologique : épithélioma cylindrique.

BIBLIOGRAPHIE

1. — Cancer de l'angle droit

- ASHHURST. — Absès pelvien provenant d'un cancer de l'angle droit. *Surgical Clinics of North America*, février 1922, p. 93.
- ASHHURST. — Cancer inopérable de l'angle droit du côlon. *Surgical Clinics of North America*, février 1922, p. 99.
- ASHHURST. — Cancer de l'angle droit. Résection. Iléo-colostomie. Guérison. *Surgical Clinics of North America*, février 1922, p. 101.
- BENSAUDE et THIBAUD. — Cancer de l'angle droit à forme anémique. Radiographie à image lacunaire. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. Séance du 28 novembre 1913 (*Bull. et Mém.*, p. 692).
- BONNIOT. — Cancer de l'angle colique droit, traité par hémicolectomie droite, avec iléo-sigmoïdostomie. *Société de Chirurgie de Lyon*, 30 octobre 1924, *Lyon Chirurgical*, 1925, n° 1, janvier-février, p. 76.
- BRIN. — Cancer de l'angle droit, hémicolectomie droite. mort. *Société de Chirurgie de Paris*, 3 avril 1901. *Rapport de Quénu* (*Bull. et Mém.*, p. 357).
- BURKE. — Diagnostic précoce du cancer du côlon. *Annals of Surgery*, décembre 1911, t. LIV. n° 6, p. 818.

- CHARRIER. — Cancer de l'angle droit. *Société de Chirurgie de Paris*, 17 octobre 1900. Rapport de Tuffier (*Bull. et Mém.*, p. 924).
- DECHERF. — Cancer de l'angle hépatique, obstruction intestinale, résection en 3 temps. *Société de Chirurgie de Lyon*, 18 janvier 1923. Rapport de Patel. *Lyon Chirurgical*, 1923, n° 3, p. 407.
- DUVAL (Pierre). — Cancer de l'angle droit. volumineux fécalome sous-strictural, dans le côlon transverse. Colectomie presque totale. *Société de Chirurgie de Paris* (*Bull. et Mém.*, 1919, p. 1365).
- JABOULAY et CHALIER. — Cancer de l'angle droit du côlon guéri depuis 7 ans 1/2 par l'opération en 3 temps. *Société Nationale de Médecine de Lyon*, 11 novembre 1912. *Lyon Médical*, 1912, n° 49, 8 décembre, p. 956.
- LAMBRET. — Cancer de l'angle droit du côlon, hémicolectomie. *Société de Médecine du Département du Nord. Echo Médical du Nord*. 12 mai 1912, p. 231.
- LAQUIERE. — Eclatement du cæcum dans un cancer de l'angle sous-hépatique du côlon. *Société Anatomique de Paris*, octobre-novembre 1923.
- LECENE. — Sur les résections du côlon droit. *Société de Chirurgie de Paris*, 4 mai 1921 (*Bull. et Mém.*, p. 592).
- LENORMANT. — Cancer de l'angle droit. Colectomie droite. Anastomose iléo-transverse. Mort. *Soc. de Chir de Paris*, 1914 (*Bull. et Mém.*, p. 136).
- LENORMANT. — Cancer cavitaire de l'angle colique droit. *Société Anatomique de Paris*, 18 février 1910 (*Bull. et Mém.*, pp. 144 et 146).
- LÉVY et ROUX BERGER. — Perforation du cæcum au cours d'un cancer de l'angle droit. *Société Anatomique de Paris*, 20 juillet 1910 (*Bull. et Mém.*, p. 778).
- OKINCZYC et COMBIER. — Cancer de l'angle hépatique. Occlusion sub-aiguë. Dilatation rétrograde de l'intestin grêle par valvule iléo-cæcale partiellement insuffisante. *Société Anatomique de Paris*. 19 février 1909 (*Bull. et Mém.*, février 1909, p. 77).

- PAUCHET. — Traitement du cancer du côlon droit. *L'Art Médical*, n° 12, 31 décembre 1924, p. 22.
- PAUCHET. — Cancer colique droit. *Société de Médecine de Paris*. 24 mai 1924 (*Bull. et Mém.*, p. 378).
- PEUTOT. — Cancer de l'angle hépatique du côlon, *Medical Journal and Record*, juin 1924.
- PEUTOT. — Contribution à l'étude du cancer de l'angle sous-hépatique du côlon. *Thèse de Lyon*, 1904-1905, n° 42.
- POZZI et BENDER. — Cancer de l'angle colique droit prolabé et adhérent aux annexes droites. *Société Anatomique de Paris*, 6 mai 1910 (*Bull. et Mém.*, p. 492).
- RAMOND. — A propos de la radiothérapie du cancer colique droit. *Journal des Praticiens*, n° 43, 27 octobre 1923.
- RANKIN et SCHOLL. — Résection du côlon proximal pour tumeur. *Archives of Surgery*, septembre 1923, p. 258.
- STRETTON. — Cancer du gros intestin. *The British Medical Journal*, 1921, n° 3146, p. 555.
- TERRIER. — Cancer de l'angle droit. *Société de Chirurgie de Paris*, 1905 (*Bull. et Mém.*, p. 928).

2. — Cancer de l'angle gauche

- AARON. — Cancer de l'angle gauche du côlon. *Medical Record*, 1910, t. LXXVIII, p. 572.
- ABBOTT. — Cancer de l'angle gauche du côlon. *Australasian Medical Gazet*, t. XXXII, p. 623.
- BARKER. — Cancer de l'angle gauche. *Proceedings of The Royal Society of Medicine*, Londres, 1918-1919, p. 134.
- BEVAN (Arthur-Dean). — Chirurgie du cancer du gros intestin, *The Journal of the American Medical Association*, 31 juillet 1920, vol. 75, n° 5, p. 283.
- BILTON POLLARD. — Cancer du côlon. Son traitement par la colectomie. *British Medical Journal*. 23 janvier 1904, p. 175.
- BREWER. — Cancer de l'angle gauche, *Annals of Surgery*, janvier 1907, p. 150.

- CASTAIGNE. — Cancer de l'angle gauche. *La Clinique*, 24 mai 1912, p. 321.
- CHEVASSU. — Chirurgie de l'angle colique gauche par incision latérale du flanc. *Société de Chirurgie de Paris*, 1919 (*Bull. et Mém.*, p. 614).
- COPE. — Cancer de l'angle gauche. *Clinical Journal*, Londres 1915.
- CORNER. — Cancer de l'angle gauche. *Clinical Journal*, Londres 1915.
- DELBET (Pierre). — Cancer de l'angle gauche. *Société de Chirurgie de Paris*, 1919 (*Bull. et Mém.*, p. 619).
- DESMAREST. — Technique de la résection de l'angle gauche du côlon pour cancer. *Journal de Chirurgie*, 1918, n° 6, pp. 575-586.
- DESMAREST. — La voie d'accès du cancer de l'angle colique gauche. *Presse Médicale*, 3 juillet 1919, p. 363.
- GAULTIER. — A propos du traitement chirurgical du cancer du côlon gauche. *Société de Médecine de Paris*, 29 mars 1924 (*Bull. et Mém.*, 1924, n° 6, p. 202).
- GAUTHIER. — Résultat éloigné d'une extirpation du cancer du côlon. *Société des Sciences Médicales de Lyon*, 9 novembre 1910. *Lyon Médical*, 1911, n° 12, 19 mars. p. 526.
- GOSSET. — Cancer de l'angle gauche, iléo-sigmoïdostomie. Guérison. *Société de Chirurgie de Paris*, 1905. Rapport de Terrier (*Bull. et Mém.*, p. 930).
- HARTWELL. — Cancer de l'angle gauche du côlon. *Annals of Surgery*, septembre 1917, pp. 339-361.
- HUGUIER. — Deux cas de résection du gros intestin pour cancer, avec guérison opératoire. *Société des Chirurgiens de Paris*, 15 décembre 1911. *Paris-Chirurgical* 1911, p. 1028.
- HUGUIER et RIGOLLOT-SIMONNOT. — Cancer de l'angle gauche. *Paris-Chirurgical*, 1914, p. 746.
- HUTCHINSON et WOLBACH. — Cancer de l'angle splénique. *Société Médico-Chirurgicale de Montréal*, 6 mai 1910. *The Montreal Medical Journal*, 7 juillet 1910, p. 508.

MADLUNG. — Anatomie et Chirurgie de l'angle gauche du côlon. *Archiv für Klinisch. Chirurgie*; band 81, 1906, p. 206.

MICHAUX. — Cancer de l'angle gauche. *Société de Chirurgie de Paris*, 1908. (*Bull. et Mém.*, p. 209.)

MILES. — Cancer de l'angle colique gauche, enlevé en 2 temps. *Société Médico-Chirurgicale d'Edimbourg*, 4 mai 1910. *Edimburg Medical Journal*, t. IV, n° 6, juin 1910, p. 543.

MOUCHET et BARANGER. — Un cas d'adéno-épithéliome de l'angle gauche, chez un enfant de 10 ans. *Société de Pédiatrie de Paris*, n° 10, décembre 1923, p. 381.

MORISON. — Cancer de l'angle gauche. *British Journal of Surgery*, 1915-1916, p. 329

MUMFORD. — Cancer de l'angle gauche. *Boston Medical and Surgical Journal*, 1911, t. CLXV, p. 474.

PASSOT. — Epithélioma de l'angle splénique du côlon. Obstruction intestinale. Sphacèle par distension du cæcum. *Société Anatomique de Paris*, 18 novembre 1910 (*Bull. et Mém.*, p. 930).

PATEL et MURARD. — Péritonite par propagation dans un cancer de l'angle gauche du côlon. *Société des Sciences Médicales de Lyon*, 22 mars 1911. *Lyon Médical*, 10 septembre 1911, p. 532.

PAUCHET. — Cancer ulcéré du côlon gauche et fistule lombaire pyo-stercorale. *Société des Chirurgiens de Paris*, 2 juin 1922. *Paris Chirurgical*, juin 1922, p. 385.

PAUCHET. — Le cancer colique gauche. *Société de Médecine de Paris*, 14 mars 1924 (*Bull. et Mém.*, p. 193).

PAUCHET. — Traitement du cancer du côlon gauche. *Société des Chirurgiens de Paris*, 25 novembre 1921. *Presse Médicale*, 7 décembre 1921, p. 974.

PAUL. — Cancer de l'angle gauche. *The Lancet*, 27 juillet 1912, p. 217.

PECK. — Colectomie partielle pour cancer de l'angle gauche. *Société de Chirurgie de New-York*, 23 novembre 1910, *Annals of Surgery*, t. LIII, n° 2, février 1911, p. 297.

PETIT et MERLE. — Cancer latent de l'angle colique gauche à forme anémique. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 8 mai 1908 (*Bull. et Mém.*, p. 654).

QUÉNU. — Cancer de l'angle gauche. *Société de Chirurgie de Paris*, 1913 (*Bull. et Mém.*, p. 1046).

RENON. — Cancer de l'angle gauche. *Société de Chirurgie de Paris*, 1913. Rapport de Quénu (*Bull. et Mém.*, p. 1048).

ROSSI (Baldo). — Résection de l'angle gauche du côlon et résection segmentaire de l'estomac, pour cancer, chez un malade déjà opéré, 10 ans auparavant, de résection iléo-colique droite pour cancer du cæcum. *Tumori*, 1924, n° 3, 15 janvier, p. 338.

SAVARIAUD. — Cancer de l'angle gauche. *Société de Chirurgie de Paris*, 1905 (*Bull. et Mém.*, p. 872).

SAVARIAUD. — Cancer de l'angle gauche. *Société de Chirurgie de Paris*, 1909, Rapport de Bazy (*Bull. et Mém.*, p. 758).

SOULIGOUX. — De l'ablation des cancers du gros intestin. par extériorisation. *Société de Chirurgie de Paris*, 12 novembre 1913 (*Bull. et Mém.*, p. 1420).

SYMS. — Cancer de l'angle gauche. *Annals of Surgery*, 1916, t. LIV, p. 501.

TRASCIATTI. — Sur un épithéliome annulaire de l'angle gauche du côlon. *Annali Italiani de Chirurgia* (Naples, 20 octobre 1923, fascicule 10, p. 1075).

TRUESDALE. — Cancer de l'angle gauche. *Journal of American Medical Association*, vol. 62, p. 1521.

WESTBROCK. — Cancer de l'angle gauche. *Long-Island Medical Journal*, 1917, t. XI, p. 12.

3. — Cancer du côlon transverse

1. — *Etude anatomo-clinique.*

- ABBE. — Résection du côlon pour cancer. *Société de Chirurgie de New-York*, 12 avril 1911, *Annals of Surgery*, t. LIV, 17 août 1911, pp. 234-275.
- BACK et EDWARDS. — Un cas de carcinome du côlon transverse, avec invagination. *The Lancet*, 6 décembre 1919. *Presse Médicale*, 1920, p. 328.
- BARKER. — Le progrès en fait de diagnostic du cancer du gros intestin. *The Practitioner*, t. LXXXVI, n° 2, février 1911, pp. 197-206.
- BAZY. — Cancer du côlon transverse. Extirpation. Guérison en 4 séances opératoires. *Société de Chirurgie de Paris*, 1906 (*Bull. et Mém.*, p. 1029).
- BENSAUDE et OKINCZYC. — Rétrécissements cancéreux multiples de la partie sous-diaphragmatique du tuge digestif. *Archives de Médecine Expérimentale et d'Anatomie Pathologique*, t. XVIII, juillet 1906, n° 4, p. 526.
- BENSAUDE et RIVET. — Les tumeurs multiples du gros intestin. *Gazette des Hôpitaux*, septembre 1907.
- BÉRARD et PATEL. — La tuberculose du gros intestin. *Rapport au Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences*, Lyon, 2 au 7 août 1906.
- BERTRAND. — Les perforations intestinales diastatiques. *Revue Générale, Gazette des Hôpitaux*, 1924, n° 94, 22 novembre, p. 1549.
- BONNEY. — 5 cas de tumeur du gros intestin, simulant des affections de l'utérus ou des annexes. *The Lancet*, t. II, n° 7, 1909, 21 août, pp. 525-526.
- BOUVERET. — Note sur la dilatation du cæcum et du côlon ascendant. *Lyon Médical*, 1887, t. LV, n° 31, p. 445.
- BOVIS (De). — Le cancer du gros intestin. *Revue de Chirurgie*, 1900, t. I, p. 673; t. II, pp. 49, 201, 520, 677. 773.

- BRET et PAVIOT. — De la limite plastique. *Revue de Médecine*, 1894, p. 384.
- CADE. — Diagnostic précoce des cancers de l'estomac et de l'intestin. *Paris Médical*, 1923, n° 13, 31 mars, p. 313.
- CARYL POTTER. — Carcinome et sarcome du côlon. *The Journal of the Missouri State Medical Association*, 1922, tome XIX, n° 1, page 816.
- CAUCCI. — Observations sur le cancer du côlon. *Annali Italiani de Chirurgia*, 3^e année, fascicule 7, 1924, p. 679 à 695.
- CLOGG. — Etude sur 72 cas de cancers du côlon. *The Lancet*, 1908, tome II, 3 octobre, p. 1007 à 1013.
- COSTE. — Des perforations et ulcérations intestinales à distance dans les rétrécissements cancéreux du gros intestin. *Thèse de Lyon*, 1905 à 1906, n° 18.
- COTTE. — Cancer du côlon transverse avec occlusion. Extériorisation et anus. Résection secondaire et fermeture de l'anus. *Société de Chirurgie de Lyon*, 6 avril 1922. *Lyon Chirurgical*, 1922, n° 6, novembre, décembre, p. 708.
- DE CRAENNE. — Les cancers ulcérés du côlon. *Journal Médical de Bruxelles*, tome XVII, juin 1912.
- CRAMER. — Diagnostic du cancer du gros intestin. *Munch. Med. Wochenschr.*, 1902, juin, p. 993.
- DAVAUX. — Cancer du côlon transverse occasionnant de l'obstruction et enlevé en un temps par colectomie. *Société des Chirurgiens de Paris*, 4 juillet 1924, *Paris Chirurgical*, juillet 1924, p. 412.
- DELBET (Pierre). — Cancer du côlon transverse en occlusion. Extériorisation. Mort. *Société de Chirurgie de Paris*, 1914. *Bull. et Mém.*, p. 220.
- DESCOMPS et TURNESCO. — Les grands courants lymphatiques de l'abdomen. Leur convergence. Leurs ganglions satellites. *Archives franco-belges de Chirurgie*, janvier 1922, n° 4.
- La circulation lymphatique du gros intestin. *Revue de Chirurgie*, 1923, p. 329.

- DESQUEYROUX. — Cancer nodulaire du foie consécutif à un cancer du côlon transverse. *Société Anatomique et Physiologique de Bordeaux*, 10 janvier 1910; *Journal de Médecine de Bordeaux*, 3 juillet 1910, p. 436.
- DON. — Le cancer du côlon. *Edinburg Medical Journal*, 1910, tome IV, n° 5, mai, p. 414.
- DUCATTE. — Les ptoses du gros intestin et leurs complications chirurgicales. *Thèse de Paris*, 1899.
- DUCAN PARHAM. — Le cancer colloïde du gros intestin. *Annals of Surgery*. 1923, janvier, p. 90.
- DUVAL. — Symptômes et diagnostic du cancer du gros intestin. *Revue Générale, Gazette des Hôpitaux*, 1913, 8-15 novembre.
- ERDMANN. — Cancer colloïde du côlon transverse. *Société de Chirurgie de New-York*, 14 mars 1917. *Annals of Surgery*, août 1917, p. 232.
- ERDMANN et CARTER. — Les tumeurs du côlon. *New-York Medical Journal and Medical Record*, 7 juin 1922, p. 649.
- GAGE. — Le cancer du côlon. *The Boston Medical and Surgical Journal*, tome CLXV, n° 13, 28 septembre 1911, p. 474.
- GIBSON. — Cancer du côlon transverse. *Société de Chirurgie de New-York*, 14 avril 1909. *Annals of surgery*, n° 2, août 1909, p. 497.
- GRAD. — Volumineuse tumeur rétro-péritonéale ayant probablement pour point de départ le côlon transverse et ayant dédoublé le mésocôlon transverse. *Académie de Médecine de New-York*, 24 février 1910; *The American Journal of Obstetrics and diseases of Women and children*, avril 1910, tome LXI, p. 668.
- GUILBAUD. — Rétrécissement néoplasique du côlon. *Société d'anatomie pathologique de Nantes*, 15 février 1912; *Gazette Médicale de Nantes*, 18 mai 1912, p. 391.
- HARTMANN. — Travaux anatomo-cliniques, 3^e série, chirurgie de l'intestin. Paris, Steinheil, 1907.

- HURST. — Physio-pathologie du côlon. *British Medical Journal*, 17 juin 1922.
- HUSTIN. — A propos de quelques cas de cancer du gros intestin. *Société Belge de Chirurgie*, 31 mai 1913. *Annales de la Société Belge de Chirurgie*, tome XXI, juin-octobre 1913, p. 163.
- IMBERT. — Cancer du côlon transverse. *Société de Chirurgie de Paris*, 3 avril 1901. Rapport de Quénu, *Bullet. et Mém.*, p. 359.
- ISEMEIN et POINSO. — Physiologie des côlons. *Revue Générale Gazette des Hôpitaux*, n° 54, 5 juillet 1924.
- JAMIESON and DOBSON. — The lymphatics of the côlon with special reference to the operative treatment of cancer of the colon. *Annals of Surgery*, tome 50, n° 6, décembre 1909, p. 1077.
- JOUFFRAY. — Formes cliniques du cancer du gros intestin. *Thèse de Lyon*, 1906-1907, n° 148.
- KORTE. — Cancer double du côlon pelvien et de l'angle cœlique. *Réunion libre des Chirurgiens de Berlin*, 8 février 1909.
- KUTTNER ŒLSNER. — 5 cas de tumeurs du gros intestin. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 14 décembre 1908.
- KUPRIJANOFF. — *Archiv. für Klinische Chirurgie*, tome LXXV, fascicule III. 22 septembre 1923.
- LAMBRET. — Pseudo-cancer inflammatoire du côlon transverse guéri par l'iléo-sigmoïdostomie. *Congrès de Chirurgie*, 1906, p. 185.
- LANE (Arbuthnot). — Cancer and intestinal stasis. *The practitioner*, tome CXII, 1924. avril, p. 205.
- LAVENSTEIN. — Fibro-myome du côlon transverse. Réunion des Médecins de Hambourg, 11 octobre 1910. *Deutsche Medizin. Wochenschrift*, janvier 1911.
- LAVISE. — Sarcome du côlon transverse. *Société Belge de Chirurgie*, 1895, tome I, p. 113.
- LEFEBVRE. — Physiologie chirurgicale du gros intestin. *Société des Chirurgiens de Paris*, 1^{er} décembre 1922.

- LETOUX et MALHERBE. — Cancer du côlon transverse. *Gazette Médicale de Nantes*, 15 juin 1912.
- LILIENTHAL. — Résultat d'une résection du côlon pour cancer sténosant du côlon après 17 ans. *Société de Chirurgie de New-York*, 11 janvier 1911, *Annals of Surgery*, avril 1911, p. 542.
- LOCKHART MUMMERY. — Résection du côlon transverse pour tumeur. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. XXII, n° 3, janvier 1924.
- LOCKHART MUMMERY. — Diseases of the rectum and côlon, Londres, Baillière, Tindall, and Cox, 1923, 872 p.
- LOEPER. — Sur les fausses tumeurs spasmodiques du gros intestin. *Tribune Médicale*, 1909, n° 28, 10 juillet, p. 437.
- MALCOLM. — Survie après l'opération pour cancer annulaire du gros intestin. *The British Medical Journal*, 16 avril 1921, n° 3146, p. 559.
- MATHIEU. — Sur les formes du début du cancer intestinal. *Journal des Praticiens*, 11 octobre 1923.
- MATHIEU. — Les phases initiales du cancer du gros intestin. *Gazette des Hôpitaux*. 1913, n° 60, 29 mai, p. 983.
- MATHIEU. — Le cancer intestinal. *Journal des Praticiens*, 3 septembre 1910.
- MATHIEU. — Considérations relatives au diagnostic du cancer du gros intestin et de sa localisation. *Journal de Médecine de Paris*, n° 44, 2 novembre 1912.
- MATHIEU et J.-C. ROUX. — *Pathologie intestinale*, 3^e série, chez Doin, Editeur, Paris.
- MÉRIEL. — Les affections chirurgicales du gros intestin in *Nouveau Traité de Chirurgie*, de Delbet et Schwartz, Paris, Baillière, 1924.
- MEYER. — Résection du côlon ascendant et du côlon transverse pour cancer. *Société de Chirurgie de New-York*, 25 octobre 1911. *Annals of Surgery*, 1912, n° 2, février, p. 322.

- MOCQUOT. — Cancer du côlon transverse, extériorisation. Guérison. *Société de Chirurgie de Paris*, 7 mai 1924. (*Bull. et Mém.*, p. 577).
- NARR. — Difficultés du diagnostic en gynécologie de certaines tumeurs intestinales, anormalement situées avec les tumeurs des organes génitaux. *Prager Medizinische Wochenschrift*, t. XXXVI, n° 5, 2 février 1911, n° 6, 9 février 1911.
- NEWBOLT. — Cancer du côlon transverse, résection. Guérison. *Institution Médicale de Liverpool*, 10 décembre 1908.
- OKINCZYK. — Travaux anatomo-cliniques de Hartmann, 3^e série, *Chirurgie de l'intestin*.
- PALLASSE et LESBROC. — Cancer du côlon transverse, ayant simulé une cirrhose, métastase hépatique. Mort. *Société des Sciences Médicales de Lyon*.
- PARCELIER. — Un cas de cancer suppuré du côlon transverse. *Société Anato-Clinique de Bordeaux*, 6 janvier 1913, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 4 mai 1913.
- PATEL. — Du segment de l'intestin sus-jacent à une sténose intestinale. *Revue de Chirurgie*, 1902, t. XXV, mars, p. 331.
- PROUST, WOLFROM et BENDER. — Cancer colloïde du côlon transverse; colectomie partielle avec colo-colostomie latéro-latérale. *Société Anatomique de Paris*, 19 février 1910 (*Bull. et Mém.*, p. 112).
- PROUST. — *Id.*, *Société de Chirurgie de Paris*, 1910. Rapport de Périer (*Bull. et Mém.*, p. 427) ; *Société de Chirurgie de Paris*, 1917 (*Bull. et Mém.*, p. 51).
- QUÉNU. — Diagnostic des cancers du gros intestin. *Bulletin Médical*, 25 mars 1914.
- ROMANIS. — Le cancer du côlon. *The British Medical Journal*, 2 février 1924, p. 183.
- SCHWARTZ. — Cancer du côlon transverse, extériorisation. *Société de Chirurgie de Paris*, 1913. Rapport de Demoulin (*Bull. et Mém.*, p. 982).
- SCHWARTZ et PHILBERT. — Une complication rare du cancer du côlon. *Progrès Médical*, 30 janvier 1909, p. 103.

- SINCLAIR WHITE. — Sur le cancer du côlon. *The British Medical Journal*, 12 juillet 1913, p. 57.
- SOUCHET. — Néoplasme de l'estomac et du côlon transverse. *Société d'Anatomie et Physiologie de Bordeaux*, 12 décembre 1910; *Journal de Médecine de Bordeaux*, 26 février 1911, n° 9, p. 137.
- SOULIGOUX. — Cancer du côlon transverse, résection segmentaire, anastomose latéro-latérale. Guérison. *Société de Chirurgie de Paris*, 1916 (*Bull. et Mém.*, p. 1363).
- TAVERNIER. — Cancer du côlon transverse. Hémicolectomie. Guérison. *Société de Chirurgie de Lyon*, 13 février 1913. *Lyon Chirurgical*, 1^{er} mai 1913, p. 557.
- THEVENET. — Les abcès symptomatiques du gros intestin. *Gazette des Hôpitaux*, 1908, 7 novembre, n° 128, p. 1527.
- TUFFIER. — Abcès profond de l'abdomen comme premier symptôme d'un cancer de l'intestin. *Semaine Médicale*, 1904, 22 juin, p. 193.
- TUTTLE. — Carcinoma of the intestinal tractus. 22^e Meeting of the New-York State Medical Association, 16 octobre 1905. *Medical Record*, 4 novembre 1905, p. 728.
- VANVERTS. — Phlémons et fistules pyo-stercoraux au cours du cancer du gros intestin. *Société de Chirurgie de Paris*, 12 octobre 1910 (*Bull. et Mém.*, p. 916).
- VANVERTS et GELLE. — Cancer gastro-côlique. Abcès développé au contact de la tumeur et s'étant ouvert à l'ombilic. *Echo Médical du Nord*, 7 mars 1918.
- VIALLET. — Etude des phlegmons symptomatiques du gros intestin. *Thèse de Lyon*, 1906-1907, n° 148.
- VILLEMIN et HUARD. — La terminaison et les voies efférentes du courant lymphatique rectal supérieur. *Association des Anatomistes*. Réunion de Strasbourg, 1924, compte rendu, p. 263, 273.
- VILLEMIN, MONTAGNE et HUARD. — Sur les lymphatiques du côlon gauche. *Société de Biologie*, 1924.
- WALSHAM. — Remark on the diagnostic and Surgical treatment of carcinomatous stricture of the côlon. *The Lancet*, 17 août 1901, p. 433.

- WALTON MARTIN. — Entéro-colectomie partielle pour cancer secondaire avec cure radicale d'éventration. *Société de Chirurgie de New-York*, 22 novembre 1911, *Annals of Surgery*, 1912, n° 3, mars, p. 466.
- WELSCH. — Sur la pathologie chirurgicale du gros intestin, en particulier sur le cancer du gros intestin. *Edinburgh Medical Journal*, février 1912, t. VIII, p. 103.
Archiv für Klinischen Chirurgie, t. XCI, f. 4, 1910,
- WETTE. — Diagnostic et traitement du cancer du gros intestin. pp. 959-996.
- WILSON. — Les diverticules du gros intestin; leur développement et leurs rapports avec le cancer. *Annals of Surgery*, 2 février 1911, pp. 223-231.
- WOOLSEY. — Cancer du côlon transverse opéré il y a 4 ans. *Société de Chirurgie de New-York*, 26 janvier 1921. *Annals of Surgery*, mai 1921, p. 660.
- ZACCARINI. — Evolution clinique et anatomique du cancer du côlon. *Société de Médecine de Parme*, 7 janvier 1910. *La Clinica Chirurgica*, t. XVIII, n° 4, 30 avril 1910, p. 953.

2. — *Fistules gastro- et jéjuno-coliques.*

- ARON. — Diagnostic précoce des fistules gastro-coliques. *Deutsche Medizin. Wochens*, 9 juin 1922, p. 771.
- BEC. — La fistule gastro-colique. *Thèse de Lyon*, 1897, 1898, n° 126.
- CHAVANNÁZ. — Traitement de la fistule gastro-colique. *Semaine Médicale*, 1906.
- CIVIDALI. — Les fistules gastro-coliques. *Il Policlinico*, 1920, fascicule 10, pp. 301-310.
- HUESE. — Un cas de fistule gastro-colique. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, Amsterdam, mars 1924.
- LE NOIR, SAVIGNAC et BARREAU. — Fistule gastro-colique latente par cancer du côlon. *Société de Gastro Entérologie de Paris*, 14 janv. 1924. *Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, n° 2, février 1924, p. 123.

MENUET. — Les fistules gastro-coliques. *Presse Médicale*, 1911.

PRATT. — La fistule gastro-colique. *Annals of Surgery*, avril 1923, p. 433.

SAVIGNAC. — Fistules gastro-coliques. *Paris Médical*, 12 juillet 1924, p. 37.

SCHWARTZ et PHILBERT. — Une complication rare du cancer du côlon. *Progrès Médical*, 30 janvier 1909, p. 103.

STRAUSS. — Les selles graisseuses, symptômes de fistule gastro-côlique. *Berliner Klinische, Wöchensc.*, 6 juin 1921, p. 661.

TIMBAL et BELLOC. — Sur un cas de néoplasme du côlon avec fistule jéjuno-côlique. *Société anatomique de Toulouse*, 20 juin 1910. *Toulouse Médical*, n° 12, 1^{er} juin 1910, p. 189.

WARE. — Fistule jéjuno-côlique. *Annals of Surgery*, novembre 1920.

3. — *Etude radiologique.*

BENSAUDE et GUENAU. — Radio-diagnostic des sténoses du gros intestin. *Paris Médical*, 7^e année, 1917, n° 22, p. 475.

BENSAUDE et GUENAU. — Le radio-diagnostic du cancer du gros intestin. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1917.

HUSTIN. — Radiographie dans certaines affections du gros intestin. *Journal de Radiologie de Bruxelles*, 1910.

MÉNAGE. — Néoplasme étendu du côlon transverse. Absence de signes radiologiques. *Bull. et Mém. de la Société de Radiologie Médicale de France*, 10 janvier 1922.

PFÄHLER. — Les rayons Röntgen employés pour le diagnostic du cancer de l'estomac et de l'intestin. *Medical Record*, 25 mars 1919.

TUFFIER et AUBOURG. — Exploration radiologique du gros intestin. *Société de Radiologie de Paris*, 1911. *Bull. et Mém.*, p. 453.

4. — *Etude thérapeutique.*

- ABADIE. — Technique de l'extirpation des tumeurs du gros intestin. *Congrès Français de Chirurgie*, 1922, p. 586.
- ANSCHUTZ (Willy). — Beitrage z. Klinik des Dickdarmkrebses. *Mitteilungen aus den Grenzgeb. des Mediz. u. Chir.* (Dritter supplément) *Bandbenenkvand*, f. s., von Mikulicz, 1906, p. 488.
- ANSIMOFF. — Etude sur les néoplasmes du gros intestin. *Chirurgia*, octobre 1909, t. XXVI, n° 154, pp. 392-418.
- BASTIANELLI. — Sur le traitement chirurgical des tumeurs malignes du côlon. *Rivista Ospedaliera*, t. 3, n° 20, 31 octobre 1913.
- BÉGOUIN. — *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, juillet 1911, n° 30; *Congrès Français de Chirurgie*, 1922.
- CAVAILLON et PERRIN. — La colectomie dans les cancers du gros intestin. *Revue de Chirurgie*, 1908, t. XXXVII, n° 6, 10 juin, p. 761; t. XXXVIII, n° 7, 10 juillet, p. 130.
- CHALIER. — Volumineux cancer du côlon transverse. Large résection. Abouchement des deux bouts à la peau. *Société de Chirurgie de Lyon*, 10 février 1924. *Lyon Chirurgical*, 1924, t. XXI, n° 4, juillet-août, p. 508.
- CHATON. — Cancer du gros intestin. *Société de Chirurgie de Paris*, 1922. Rapport d'Okinczyc (*Bull. et Mém.*, p. 693).
- CONSTANTINESCU. — Colectomie pour cancer. *Revista de Chirurgie, Bucarest*, n° 1, janvier 1923.
- CÔPE. — Cancer du côlon. *Medical Press and Circular*, t. CXLIV, n° 24, 12 juin 1912; *The British Medical Journal*, 28 septembre 1912, p. 753.
- COTTE. — Extériorisation dans les tumeurs du côlon. *Société de Chirurgie de Lyon*, 26 octobre 1922. *Lyon Chirurgical*, 1923, n° 1, p. 115. *Société de Chirurgie de Lyon*, 14 février 1924. *Lyon Chirurgical* 1924, p. 510.

- CRUET. — De la meilleur technique opératoire applicable à la méthode d'extériorisation dans l'extirpation des cancers coliques. *Thèse de Paris*, 1914, n° 177.
- DELBET (Paul). — Indications opératoires dans le traitement des cancers coliques. *Société de Chirurgie de Paris*, 15 février 1924. *Paris Chirurgial*, mars 1924, p. 125.
- DELÔRE et DUCLOS. — Cancer du côlon transverse. *Société des Sciences Médicales de Lyon*, 9 avril 1924. *Lyon Médical*.
- DENK. — Les opérations radicales du cancer du gros intestin. *Archiv für Klinischen Chirurgie*, t. LXXXIX, f. 2, pp. 667-691.
- DESMAREST. — L'anūs cæcal dans le cancer du côlon, avec occlusion complète. *Presse Médicale*, 3 juillet 1919, p. 363.
- DESMAREST. — Importance de la vascularisation des bouts intestinaux, après les gastrectomies et colectomies. *Presse Médicale*, 1923, n° 7, 24 janvier, p. 69.
- DOBROWOLSKI. — Traitement chirurgical du cancer du côlon. *Gazeta Lekarska*, t. XXX, 8 octobre 1910, p. 977.
- DOWD. — Les avantages de l'opération de Mickulicz en 2 temps, dans la colectomie partielle. *Annals of Surgery*, n° 2, février 1920, p. 155.
- DUVAL (Pierre). — Traitement de l'occlusion intestinale aiguë pour cancer du gros intestin. *Société de Chirurgie de Paris*, 9 avril 1919 (*Bull. et Mém.*, p. 660).
- DUVAL (Pierre). — La colectomie totale dans les cancers du côlon. *Société de Chirurgie de Paris*, 29 octobre 1919 (*Bull. et Mém.*, p. 1365).
- DUVERGEY. — Technique et résultat de l'extirpation des tumeurs du gros intestin. *Congrès Français de Chirurgie*, 1922, p. 822.
- ENGELSMANN. — Diagnostic et chirurgie du cancer du côlon. *Thèse de Doctorat, Leipzig*, 1909.
- ERDMANN — Chirurgie du gros intestin. Considérations générales et relation d'une série de cas. *American Journal of Surgery*, vol. 24 septembre 1910, n° 9, p. 269.

- FINKELSTEIN. — Chirurgie du côlon. 12^e Congrès de Chirurgie Russe. *Archiv für Klinischen Chirurgie*, t. CI, 1913, p. 936.
- FRANKLIN CARTER. — Le traitement pré et post opératoire dans le cancer du côlon. *New-York Medical Journal and Medical Record*, 1922, n° 11, 6 décembre, p. 630.
- GIBBON. — Résection du côlon pour cancer et tuberculose. *Annals of Surgery*, 3 septembre 1909, p. 362.
- GOULLIoud. — Résection simultanée de l'estomac et du côlon transverse. *Lyon Chirurgical*, 1^{er} mai 1913.
- GOULLIoud. — Résultats éloignés, dans le cancer du côlon transverse. *Société de Chirurgie de Paris*, 15 novembre 1922 (*Bull. et Mém.*, p. 1189).
- GOULLIoud. — Entérectomie pour cancer du côlon (résultats anciens). *Société de Chirurgie de Lyon*, 9 novembre 1922. *Lyon Chirurgical*, 1923, n° 2, p. 256.
- GRASSO. — Chirurgie du gros intestin. *Il Policlinico*, 17 avril 1922.
- GUILLAUME (Louis). — Le cancer du gros intestin. *Archives Médico-Chirurgicales de Province*, t. VII, 4 avril 1912.
- HABERER (von). — Sur les résections du côlon. *Archiv. für Klinischen Chirurgie*, 1911, band 94, p. 907.
- HARTERT. — Comment peut-on améliorer la résection du côlon ? *Archiv für Klinischen Chirurgie*, 1922, 13 mai 1922, p. 643.
- HARVEN (DE). — Chirurgie du côlon. *Le Scalpel*, avril-mai 1924.
- HORSLEY. — 11 cas de résection de l'intestin. *Surgery Gynecology and Obstetrics*, t. VIII, mars 1919, n° 3, p. 285.
- JABOULAY et CAVAILLON. — La cure radicale des cancers du côlon. *Société de Chirurgie de Lyon*, 30 janvier 1908. *Lyon Médical*, 1908, p. 707.
- JOPSON. — Cancer du côlon transverse, opération de Mickulicz. *Surgery Clinics of North America*, t. III, 1923, n° 1, février, p. 97.

- KORTE. — Sur le traitement chirurgical des tumeurs malignes du côlon. 17^e Congrès International de Médecine de Londres, 7 août 1913. *Archiv für Klinischen Chirurgie*, 1913, t. CII, p. 562.
- LANE. — Cancer du côlon; causes et traitements. *The Lancet*, 1920, n° 5976, pp. 1184-1189.
- LANE. — Colectomie totale. Indications techniques, accidents, résultats. *Presse Médicale*, 3 août 1921, p. 613.
- LEDDEHROSE. — Chirurgie du côlon. *Deutsche Medizin. Wochens*, t. XXXVIII, 8 août 1912, p. 1526.
- LENORMANT. — Cancer du côlon transverse, colectomie en 1 temps. *Société de Chirurgie de Paris*, 14 novembre 1923 (*Bull. et Mém.*, p. 1325).
- LITTLEWOOD. — Malignant diseases of côlon; 14 colectomies, 10 recoveries. *The Lancet*, 1903, page 1511.
- LOCKHART MUMMERY. — Le traitement d'occlusion aiguë pour cancer du côlon. *The Lancet*, 25 novembre 1922, p. 1117.
- LOCKHART. MUMMERY. — La technique de la résection de l'anastomose du côlon, pour tumeur. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, Londres*, n° 10, août 1923.
- LOUBAT. — Sur la résection du gros intestin pour cancer. *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 19 décembre 1924.
- MARTEL (DE). — *Presse Médicale*. 17 août 1921.
- MAYLARD. — Colectomie pour cancer du côlon. *Société Médico-Chirurgicale de Glasgow*, 17 février 1911. *The Glasgow Medical Journal*, 2 août 1911, p. 129.
- MAYLARD. — Incisions abdominales et anastomoses intestinales dans le traitement du cancer du côlon. *The Glasgow Medical Journal*, t. XXXIX, juin 1913, p. 401.
- MAYO. — Opération radicale pour la cure du cancer de la seconde moitié du gros intestin. *The Journal of the American Medical Association*, t. LXVII, n° 18, 28 octobre 1916, pp. 1279-1284.

- MAYO. — Chirurgie du gros intestin. *Annals of Surgery*, 1909, juillet, pp. 200-229.
- MILLER. — Cancer du côlon. *Annals of Surgery*, août 1923, p. 209.
- MORTON. — Une série de cas de résection du côlon. *The British Medical Journal*, 1904, t. II, 29 octobre, p. 1149.
- MOSCOWICZ. — La résection du gros intestin, par la méthode de l'extériorisation. *Archiv für Klinischen Chirurgie*, t. LXVI, n° 2, 30 juillet 1921, p. 260.
- MOYNIHAN. — Chirurgie du gros intestin. *Semaine Médicale*, 26 août 1908.
- OKINCZYC. — Chirurgie du gros intestin. *Presse Médicale*, 1919, n° 58, p. 581; n° 61, p. 613; n° 68, p. 680.
- OKINCZYC. — Le cancer du côlon transverse. *Revue de Technique Médicale*, n° 13, octobre 1922, p. 289.
- PATEL. — Cancer du côlon transverse. Colectomie étendue. *Société de Chirurgie de Lyon*, 26 janvier 1922. *Lyon Chirurgical*, t. XIX, n° 4, juillet-août 1922, p. 475.
- PAUCHET. — *La Pratique Chirurgicale Illustrée*, chez Doin, Paris.
- PAUCHET. — Colectomie totale au cours d'occlusion aiguë. *Société des Chirurgiens de Paris*, 3 mars 1922. *Paris Chirurgical*, mars 1922, p. 156.
- PAUCHET. — La colectomie pour cancer. *Société des Chirurgiens de Paris*, 21 mars 1924. *Paris Chirurgical*, 1924, mars, p. 170.
- PAUCHET. — Le cancer du côlon et son traitement. *Journal de Médecine de Paris*. 7 octobre 1922, p. 707.
- PETERMANN. — Résultat du traitement opératoire du cancer du côlon. *Archiv für Klinischen Chirurgie*, 1908, band 86, pp. 53-132.
- RADICE. — Considérations sur 47 cas de chirurgie du côlon. *Annali Italiani de Chirurgia*, 1924, n° 4, pp. 384-409.
- REICHEL. — Sur la technique de la résection du gros intestin. *Archiv für Klinischen Chirurgie*, 1911, band 95, p. 903.

- ROTTER. — Sur le traitement chirurgical du cancer du côlon. *Archiv. für Klinischen Chirurgie*, t. 102, n° 3, 30 octobre 1913, pp. 651-683.
- RUSSEL. — Cancer du gros intestin. *Annals of Surgery*, 1921, n° 6, pp. 755-759.
- SANTY. — Cancers du côlon traités par la colectomie. *Société de Chirurgie de Lyon*, 19 octobre 1922. *Lyon Chirurgical*, 1923, p. 110.
- SCHIASSI. — La résection du côlon. *Annali Italiani di Chirurgia*, 1922, 20 juillet, p. 291.
- SCHWARTZ. — Traitement chirurgical du cancer du côlon. *Paris Médical*, 2 avril 1921, p. 272.
- SCHWARTZ et HARTGLASS. — Traitement chirurgical du cancer du côlon gauche par l'extériorisation. *Journal de Chirurgie*, 1924, avril, pp. 337-353.
- SIEGEL. — Résection du côlon transverse pour occlusion aiguë. *Société Médicale de Francfort*, 7 septembre 1908.
- SLESINGER. — Cancer du côlon. *Medical Journal and Record*, 16 juillet 1924, p. 17.
- STILES. — La valeur de la cœcostomie dans le traitement du cancer du côlon. *The British Journal of Surgery*, juillet 1921, p. 1.
- TAVERNIER. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 14 février 1924. *Lyon Chirurgical*, 1924, n° 4, p. 510.
- TAYLOR. — Chirurgie des tumeurs du gros intestin. *Dublin Journal of Medical Sciences*, mars 1910, p. 222.
- VEAUDEAU. — Contribution à l'étude de la chirurgie des cancers du côlon. *Thèse de Lille*, 1912-1913, n° 36.
- VIANNAY. — 4 cas de colectomie pour cancer. *Archives Provinciales de Chirurgie*, mars 1911. *Congrès de Chirurgie*, 1912. *Loire Médicale*, 15 janvier 1914, pp. 40-65.
- VIANNAY. — Statistique personnelle de 12 cas de colectomie pour cancer. *Lyon Chirurgical*, t. XII, n° 1, 1^{er} juillet 1914, p. 1.

VUICHOD. — Résultats éloignés des traitements opératoires du cancer du gros intestin et du rectum. *Thèse de Lausanne*, 1913.

WALDENSTROM. — Statistique des cas de cancers du gros intestin, traités à la Clinique Chirurgicale de l'Hôpital des Séraphins, à Stockolm. *Nordisches Mediz. Archiv*, 1911, t. XVII, fascicule 1, p. 19.

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	9
Chapitre Premier. — Etiologie.....	13
Chapitre II. — Anatomie pathologique.....	21
Chapitre III. — Etude clinique du cancer du côlon transverse.....	57
Chapitre IV. — Etude clinique du cancer des angles	83
Chapitre V. — Etude radiologique.....	93
Chapitre VI. — Traitement.....	109
Conclusions.....	145
Observations.....	149
Bibliographie.....	235
